UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS SECUNDARIOS "UNIDAD EDUCATIVA MUSHUK RIMAK, UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT. MADRE LAURA MONTOYA" DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÒN LOJA AÑO 2013.

Tesis, previa a la obtención del título de Odontóloga

AUTORA:

Leticia Paola Ramos Vicente

DIRECTOR:

Dr. Franklin Leonardo Quinche Maldonado

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Certifico: Que la presente tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS SECUNDARIOS "UNIDAD EDUCATIVA MUSHUK RIMAK, UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT. MADRE LAURA MONTOYA" DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÒN LOJA AÑO 2013", elaborada por la Srta. Leticia Paola Ramos Vicente ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

DOCTOR: FRANKLIN QUINCHE

AUTORÍA

Yo, Leticia Paola Ramos Vicente, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja a sus representantes jurídicos de posibles o acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-biblioteca Virtual

Autora: Leticia Paola Ramos Vicente

Firma: ----------

Cédula: 1104381007

Fecha: Noviembre del 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo Leticia Paola Ramos Vicente, declaro ser autora de la tesis titulada "DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS SECUNDARIOS "UNIDAD EDUCATIVA MUSHUK RIMAK, UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT. MADRE LAURA MONTOYA" DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÒN LOJA AÑO 2013" como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 08 días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma el autor.

Leticia Paola

Autor: Leticia Paola Ramos Vicente
Cédula: 1104381007
Dirección: Miguel Riofrío y Nicolás García
Correo Electrónico: letipao3010@hotmail.com
Teléfono: 2574681 Celular: 0993733183

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Franklin Leonardo Quinche Maldonado

DEDICATORIA

Quiero dedicar este esfuerzo en primer lugar a Dios, por ser nuestro creador, amparo y fortaleza, porque cuando más lo necesité él estuvo ahí, y por hacer palpable su amor a través de cada uno de los que me rodea.

A mis padres Luis Emilio Ramos y Gladys Vicente, que han sido mis pilares fundamentales en mi vida, sin ellos jamás hubiese alcanzado hacer realidad mis sueños, su tenacidad, su lucha incansable y sus buenos consejos han hecho de ellos mi más gran ejemplo a seguir.

También dedico este trabajo a mis hermanos Jorge, Santiago y Luis, quienes estuvieron apoyándome incondicionalmente dándome ánimos para alcanzar este logro, que me abre las puertas inimaginables en mi desarrollo profesional.

Y a todos y cada uno de mis amigos, por ayudarme en cada momento por ser mi compañía y mi apoyo.

Leticia Paola Ramos Vicente

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de manera especial y sincera a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y a la planta de docentes de la carrera de Odontología.

De igual manera mis más sinceros agradecimientos al Dr. José Procel y el Dr. Franklin Quinche, por aceptar de manera desinteresada guiarme, así como brindarme su apoyo, confianza y su capacidad para guiar mis ideas en el desarrollo de este trabajo.

La Autora.

1. TEMA

DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS SECUNDARIOS “UNIDAD EDUCATIVA MUSHUK RIMAK, UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT. MADRE LAURA MONTOYA” DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÒN LOJA AÑO 2013.

2. RESUMEN

Las patologías bucales son un problema relevante en nuestro país y en la Región Sur, representa un índice importante por lo que el cantón Loja no está exento de esta realidad tanto en sus parroquias rurales como urbanas. El trabajo de investigación realizado, tiene como objetivo central realizar el diagnostico de salud bucodental de los alumnos del centro educativo secundario “Mushuk Rimak y Ext. Madre Laura Montoya” de la parroquia San Lucas del Cantón Loja año 2013. Este proyecto es de carácter descriptivo, prospectivo, y transversal, se trabajó con 151 estudiantes de educación secundaria.

En la parroquia rural San Lucas del cantón Loja, los adolescentes del centro educativo presentaron un 97.35% de caries dental, un 86.8 % de inflamación gingival y un 86,8% de sangrado gingival, y recesión gingival con 33.1%. Las patologías que inciden con mayor frecuencia son mordida abierta anterior 6,6%, 3.3 % mordida profunda y mordida bis a bis con el 3.3%. Se demostró también la prevalencia de fluorosis dental leve con un 27.81%.

Los resultados obtenidos fueron recolectados mediante una encuesta e Historia Clínica Odontológica, demostrando que todo el grupo examinado presentó alguna alteración en su cavidad bucal.

Palabras Claves: Caries Dental, Inflamación Gingival, Factores de Riesgo

ABSTRACT

The oral diseases are a major problem in our country and in the South Region, it represents an important index, so Loja Canton is not exempt from this reality in the rural and urban parishes. The research work carried out, has as its central goal perform the diagnosis of oral health of the pupils of the secondary education center "MushukRimak and Ext. Mother Laura Montoya" from the parish of St. Luke of the Canton Loja 2013. This project is descriptive, prospective, and transversal is working with 151 students in secondary education.

In the San Lucas rural parish of the Loja canton, the adolescents of the educational had a 97.35 % percent of dental caries, 85.43% percent of gingival inflammation, and 85.43% percent of gingival bleeding and gingival recession of 33.1% .The pathologies the affect most frequently are anterior open bite 6.8%, 3.3 % deep bite and Bite to bisbis of 3.3%.

The results were collected through a survey and History Dental Clinic, showing that the whole group examined had any abnormal in their mouth.

Key words: Dental Caries, Gingival Inflammation, Risk Factors

3. INTRODUCCIÓN

La salud buco dental es parte integral en la salud del individuo; en nuestro país a pesar de que "la salud es un derecho garantizado por el Estado" siguen existiendo problemas a nivel bucal ya que en un "Estudio Epidemiológico de Salud Bucal en Escolares en Ecuador (1996), menciona que al 88,2% de los escolares menores de 15 años tienen caries, el 84% tiene presencia de placa bacteriana y el 53% está afectado con gingivitis. Además, se evidencio que de los niños examinados el 35% presentaba algún tipo de mal oclusión. (MSP del Ecuador, 2009)

Es por ello que se debe brindar especial atención a niños y adolescentes que se constituyen como grupo de riesgo los cuales tienen características que permiten el establecimiento de enfermedades bucodentales. Los adolescentes particularmente atraviesan por una fase de transición sumada al aparecimiento de cambios tanto físicos como psicológicos. Por lo que no se dan cuenta de que una correcta salud bucal está ligada directamente con el estado de salud general e incidiendo en la calidad de vida, ya que una sonrisa bonita en un futuro, es la carta de presentación. (Hechavarria. B, 2013)

Las patologías bucales constituyen un problema relevante, que se repite de generación en generación, tanto en sectores urbanos como rurales de nuestro país, es por ello que el gobierno ecuatoriano mediante el Ministerio de Salud Pública (MSP) constituido como el organismo rector de la salud pública, ha propuesto el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que tiene como propósito "Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos Regionales y Distritales mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación,cuyos resultados buscan solucionar las principales necesidades en salud del país, alcanzando resultados de impacto social" (Componentes y Productos, 2010)

En nuestra nación, a pesar del trabajo gubernamental aún hay inequidades en educación y salud, que se acentúan más en los sectores rurales, esto sumado a la pobreza, determinan que las zonas rurales existan un mayor índice de afecciones en la cavidad oral. Es también visible, la falta de información que ayude a visualizar ampliamente los factores que pueden estar afectando a la salud, la falta de estudios epidemiológicos para saber el estado en que se encuentra la población; para así tomar medidas que beneficien a la comunidad

Es por ello que se estableció el presente tema de investigaciónDIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS SECUNDARIOS "UNIDAD EDUCATIVA MUSHUK RIMAK, UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT. MADRE LAURA MONTOYA" DE LA PARROQUIA RURAL SAN LUCAS DEL CANTÒN LOJA AÑO 2013, en importancia de las patologías de la cavidad bucal y su relación con factores de riesgo que pueden coadyuvar o no la presencia de dichas patologías, y por medio del cual se puede establecer el grado de salud o enfermedad de la población.

Los objetivos que se plantearon en el proyecto fueron la identificación de los factores de riesgo, presentes en los adolescentes del centro educativo secundario "MushukRimak y Ext. Madre Laura Montoya" de la parroquia San Lucas; y determinar la prevalencia de las patologías bucodentales presentes en los adolescentes de dicho centro de educación. Los resultados encontrados en la parroquia rural de San Lucas del cantón Loja refieren que, los adolescentes presentaron un 97.35% de caries dental, un 13.25 %de inflamación gingival, combinado con un 85,43% *de sangrado gingival, y una oclusión alterada del*24, 8%. *En los las patologías que inciden con mayor frecuencia son mordida abierta anterior 6,8%, 3.3 % mordida profunda y 3.3 % mordida bis a bis. Se demostró también la prevalencia de fluorosis dental leve con un 27.81%.*

3. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

4 DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA.

4.1 Definición de Diagnóstico de salud

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población. Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud (Villa. J.P 2012).

4.2 Niveles de diagnósticos:

General: Es el juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad en una comunidad o en los usuarios de servicios de salud con relación a la respuesta social organizada

Situacional: Uso de los recursos en torno a los daños y los riesgos a la salud.

De salud: Situación de salud enfocada a la disminución de indicadores de eficacia o impacto

De necesidades: Situación de la dotación de servicios relacionada con las necesidades de la comunidad (Villa. J.P 2012).

4.3 CANTÓN LOJA

4.3.1 HISTORIA

El catón Loja se originó producto de los asentamiento de diferentes grupos denominados: Garrochambas – Paltas que se ubicaban al occidente y centro de la cuidad, mientras que al este se encuentran los Malacatos y los Ambocas los cuales se encuentran ubicados entre San Lucas y el Cisne, cada uno de ellos se diferencia por poseer costumbres, hábitos, vestimenta y lengua propia. Luego de muchos años de colonización y después de una audiencia en Quito, Loja proclamó su independencia, contando como líderes del movimiento revolucionario a Ramón Pinto, José María Peña, Nicolás García, José Picoita y Manuel Zambrano (Maldonado. 2005).

4.3.2 GEOGRAFÍA

4.3.3.1 LIMITES

El cantón Loja limita al norte con el cantón Saraguro, al sur y al este con la provincia de Zamora Chinchipe y al oeste con los cantones lojanos Quilanga, Gonzanamá y Catamayo y una parte de la Provincia del Oro, su extensión es de **1 883 km²**(Maldonado. 2005).

4.3.3.2 CLIMA

Sus climas temperados y fríos son los que caracterizan al cantón Loja a excepción de las parroquias de Malacatos, San Pedro de Vilcabamba, Vilcabamba, Quinara, Yangana, que tienen un clima subtropical (Maldonado. 2005).

4.3.3DIVISIÓN POLÍTICA

PARROQUIAS URBANAS	PARROQUIAS RURALES	
San Sebastián	Yangana	Vilcabamba
Sagrario	Chantaco	Malacatos
Valle	Taquil	Santiago
Sucre	San Pedro De Vilcabamba	Jimbilla
	Chuquiribamba	San Lucas
	Quinara	Gualel
	El Cisne	

De acuerdo al censo de población y vivienda 2010, el catón Loja consta de 214.855 habitantes (Maldonado. 2005).

4.3.4ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONOMICAS

Dentro de las principales actividades económicas encontramos: 1) el comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores y motocicletas; 2) industrias manufactureras y 3) actividades de alojamiento y de

servicios de comidas. Mientras que en la parte productiva se dedican a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (Gobierno Municipal de Loja 2103).

4.3.5 SERVICIOS BÁSICOS

El tipo de vivienda que se encuentra son: casa o villa, mediagua, departamentos, edificios, casa de inquilinato, covachas, chozas y ranchos, el tipo de alcantarillado es pozo séptico, letrina, con descarga al río y letrina, así como también cuenta con energía eléctrica y servicio de red pública para el agua y finalmente presentan acceso a servicio telefónico convencional (Gobierno Municipal de Loja 2103).

4.3.6 EDUCACIÓN

Escuelas y Colegios Cantón Loja

El cantón Loja cuenta con 170 centros educativos de enseñanza primaria y secundaria, con un número de 60252 estudiantes en todo el cantón (Gobierno Municipal de Loja 2103).

4.3.7 VIALIDAD

El cantón Loja cuenta con un total aproximado de 124,64 Km de Red Vial Estatal; además de ellos cuenta también con 2 vías arteriales y una vía colectora. El Sistema Vial en el Cantón es de aproximadamente 1939.553 Km, dentro de ellas se encuentra: Vía Asfaltada dos vías, la Vía Asfaltada angosta y finalmente Vía Lastrada dos vía y angosta (Torres, 2011).

4.4 DESCRIPCION DE LA PARROQUIA RURAL DE SAN LUCAS

Gráfico N° 1 Parroquia San Lucas

4.4.1 HISTORIA

“La fundación de la parroquia eclesiástica data de algún tiempo hasta la época; no existen datos importantes en los archivos. Los moradores de este pueblo son en su mayoría indígenas, provenientes de Saraguro; usan idéntica vestimenta, tienen las mismas costumbres y son naturalmente honrados, trabajadores y de sanas costumbres.

A más del Centro Parroquial, hay otros pueblecitos o añejos que tienen sus capillas filiales, siendo los principales de estos añejos: Bellavista, Capur y San Miguel de Jimbilla. Cada uno de estos añejos está compuesto de importantes barrios muy poblados, y ricos en ganadería y agricultura. (Gobierno Municipal de Loja 2013).

4.4.2 GEOGRAFIA

La parroquia San Lucas limita al: Norte: con las parroquias Saraguro y San Pablo de Tenta (cantón Saraguro). Sur: con las parroquias Santiago y Jimbilla Este: provincia de Zamora Chinchipe teniendo como límite la línea la Cordillera de Tambo Blanco Oeste: con las parroquias Gualel y Santiago

Posee una Extensión: 160.11 km2. Su clima es: Templado frío. Cuenta con una población de 6.005 habitantes. (Gobierno Municipal de Loja 2013).

4.4.3 ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y ECONOMICAS

En la parroquia se cultiva principalmente maíz suave-fréjol, papa, ciertas hortalizas y árboles frutales como el duraznero, y el manzano.

Los pequeños lotes cultivados con una superficie promedio de 0,4 has, se encuentran por lo general junto a la casa de habitación, muy integrada a la vida familiar, por tratarse de una actividad que complementa el uso adecuado de los recursos humanos y asegura una buena parte de sus alimentos.

Los productos agrícolas que tienen una gran perspectiva productiva y de comercialización en la zona son las hortalizas, los frutales y las flores, que en ciertas épocas del año venden parte de sus pequeños excedentes.

En San Lucas las ferias son los sábados, en donde se comercia el ganado y productos agrícolas, su festival de flores y frutas es la última semana de marzo.(Gobierno Municipal de Loja 2013)**.**

4.4.4 SERVICIOS BÁSICOS

Los moradores de la parroquia San Lucas cuentan con sistema de alcantarillado sanitario y una planta de tratamiento de aguas servidas que evitará que las aguas del río sigan contaminándose. Poseen agua entubada.San Lucas cuenta con el servicio de telefonía pública PACIFICTEL y el servicio de telefonía privada Claro.(Gobierno Municipal de Loja 2013)**.**

4.4.5 EDUCACIÓN

Escuelas y colegios

Institución	Docentes	Número de Estudiantes
JOSEFA AMELIA ORTEGA ESPINOZA	1	4
ATAHUALPA Nº 18	4	29
UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT MADRE LAURA MONTOYA	6	97
AMARILIS FUENTES	**3**	37
INTI PAKARI	**3**	24
WAKA KUSKA	**2**	22
BALBINA HIDALGO	**9**	100
CARCHI N21	**4**	68
DR MAXIMO AGUSTIN RODRIGEZ	**12**	147
SANTA CATALINA	**11**	276
MIGUEL ESPINOSA	**1**	24

MONSEÑOR LEONIDAS PROAÑO N 3	**3**	34
UNIDAD EDUCATIVA MUSHUK RIMAK	**31**	334
LUZ COSTA ZABALETA	**2**	30
MARIANA DE JESUS GUANUCHE	**2**	19
ROBERTO ANDRADE	**5**	43
INKA ÑAN	**3**	34
AMAWTA WASI	**3**	28
MONS LEONIDAS PROAÑO NO 2	**4**	42
RUMIÑAHUI	**9**	116
YACHAYTA MICHIK	**3**	13
INKA PIRKA	**2**	32
KAPAK RAYMI	**6**	55
VICTOR MARCOS MEDINA	**3**	31

4.4.6 VIALIDAD

Limpieza y mejoramiento de vías del sector rural de la parroquia.- se logró mejorar y limpiar las vías de acceso a las siguientes comunidaes: (Vinayacu alto, Naranjo “Bunque-Nogal, Censo Bucashi, Ciudadela, Capur.

Guardarayas: Ciudadesla,Bucashi, Moraspamba, Langa.

Apertura de las vías Rurales. (Gobierno Municipal de Loja 2013)**.**

CAPITULO II

4.5 RIESGO

Riesgo es la probabilidad de que un suceso futuro ocurra, con presencia de consecuencias adversas de acuerdo a los factores que determinan dicho episodio. La finalidad del riesgo es enfocarse en medidas preventivas, para de esta manera emprender acciones para evitar o reducir enfermedades, accidentes o la muerte(Higashida. B 2000).

4.6 FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud determina al riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas;asociándolo con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores,pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen (Higashida. B 2000).

Los factores de riesgo pueden ser:Biológicos; Ambientales; Comportamiento; Socioculturales y Económicos (Higashida. B 2000).

4.7 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD BUCODENTAL

4.7.1 FACTORES DE RIESGO LOCALES

Los factores locales son:

4.7.1.1 Hábito de higiene bucal

El propósito de la higiene oral es evitar la enfermedad dental mediante la disminución de la acumulación de placa bacteriana que se encuentra sobre los tejidosduros; para una buena higiene oral depende del tamaño de los espacios interdentales posición y morfología dental; así como también el estado

periodontal, la presencia de prótesis, como la habilidad y motivación de cada paciente (Cuenca y Baca, 2005).

4.7.1.2Cepillado:

Gráfico N° 2 Cepillado

Técnica mecánica utilizada para el control de placa supragingival de las superficies dentarias, con el objetivo de retirar la placa dental de la superficie dental, incluso del curco gingival evitando asa la menor lesión del diente y de sus estructuras vecinas (Cuenca y Baca, 2005).

4.7.1.3 Técnica de cepillado:

Dentro de los métodos de cepillado más recomendados para niños y adolescentes encontramos la técnica de barrido horizontal, debido a su fácil uso, en cuanto a los menores de 7 – 8 años es aconsejable que el cepillado sea realizado por los padres una vez al día. En los adultos la técnica más adecuada es la de Bass, debido a que el cepillo se lo coloca en un ángulo de 45° con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratoriospara conseguir así la higiene del surco gingival (Barrancos, 2006).

4.7.1.4 Frecuencia y duración del cepillado:

Un cepillado de dos veces al día con un dentífrico fluorado es indudablemente eficaz para la prevención de caries dental, en cuanto a su duración se recomienda por lo menos tres minutos, para de esta manera abarcar todas las zonas que se debe limpiar y evitar así las caries dental y enfermedad

periodontal por el acumulo de placa bacteriana (Cuenca 2005 y Barrancos, 2006).

4.7.2 FACTORES DE RIESGO GENERALES

Dentro factores de riesgo generales encontramos: 1.Socioeconómicos: en el que hallamosla calidad de vida, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial, 2. Ambientales: se toma en cuenta el abastecimiento inadecuado de agua potable; así como también si la madre es reservorio de Streptococcusmutans, 3. Culturales: aquí encontramos escolaridad, valoración de la salud, creencias y costumbres, 3. Biológicos: como son rasgos genéticos, enfermedades sistémicas tratadas, estado nutricional, estado inmunitario, estrés, enfermedades intercurrentes (Cobos. J. y García. J.J 2005).

CAPITULO III

4.8SALUD ORAL

4.8.1 CONCEPTO DE SALUD ORAL

Podemos definir como salud oral al estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén, así como de las partes que rodean a la cavidad bucal;estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial(Cobos. J. y García. J.J 2005).

4.9 HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable (Guzmán F. y Arias A. 2012).

4.10 PATOLOGÍAS

4.10.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

4.10.1.1Caries dental

Gráfico N° 3 Caries

La caries dental es el resultado de una disolución química localizada en la superficie del diente causada por eventos metabólicos que tienen lugar en el biofilm que cubre la zona afectada, destruyendo de esta manera al esmalte, dentina y cemento; generalmente la lesión cariosa se desarrolla en sitios como fosas, fisuras superficies oclusales y puntos de contacto (Montesinos D. 2011).

4.10.1.2 FACTORES DE RIESGO DE LA CARIES DENTAL

Dentro de los factores encontramos: 1.) Alto grado de infección por *Estreptococos mutans*; 2.) Alto grado de infección por lactobacilos; 3.) Experiencia de caries anterior; 4.) Eficiente resistencia del esmalte al ataque ácido; 5.) Deficiente capacidad de remineralización; 6.) Dieta cariogénica; 7.) Mala higiene bucal; 8.) Baja capacidad *buffer* de la saliva; 9.) Flujo salival escaso; 10.) Apiñamiento dentario moderado, severo, tratamiento ortodóncico y prótesis; 11.) Anomalías del esmalte; 12.) Recesión gingival; 13.) Enfermedad periodontal; 14.) Factores sociales(Hidalgo Ileana 2007).

4.10.2 ALTERACIONES DE FORMA

4.10.2.1 Taurodontismo

Gráfico Nro. 4 Taurodontismo

El taurodontismo o «dientes de toro», es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a los molares, aunque en algunos casos a los premolares, a este tipo de diente lo podemos encontrar tanto en dientes temporales como permanentes, en pacientes con amelogénesis imperfecta, síndrome de Klinefelter y síndrome de Down; radiológicamente este tipo de diente se

caracteriza por su forma rectangular, mínima constricción y definición del borde cervical, y una bifurcación desplazada hacia el ápice que origina una cavidad pulpar extremadamente grandes y con canales pulpares cortos(J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

4.10.2.2 Diente Invaginado.

Gráfico Nro.5 Diente Invaginado

El diente invaginado o «dens in dente», es una anomalía que afecta principalmente a los incisivos laterales permanentes del maxilar superior, se caracteriza por la presencia de una fosita lingual invaginada, que en algunos casos no es visible clínicamente, para lo que es necesario la toma de una radiografía para su correcto diagnóstico, la base de esta invaginación contiene una capa delgada de esmalte y dentina por lo que es vulnerable a la caries poco después de su erupción en boca(J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

4.10.2.3 Cúspides supernumerarias

Gráfico Nro6. Cúspide de Carabelli

En este caso los dientes presentan cúspides adicionales o supernumerarias, un ejemplo de ello son las cúspides de Carabelli, la cual se aparece en las superficies mesiolinguales de los primeros molares permanentes del maxilar superior y no representan ningún problema clínico (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005).

4.10.2.4 Diente evaginado

Gráfico Nro 7 Diente Evaginado

El diente evaginadoo cúspides en garra, afecta principalmente a los premolares definitivos,se caracteriza por el desarrollo de una proyección anormal en forma de globo, dándole el aspecto de una cúspide adicional, generalmente se localizada en el centro sobre la superficie oclusal y lingual de los premolares, su evaginación puede interferir en la erupción del diente llevando a una erupción incompleta o desplazamiento del mismo, debido a que la cúspide tiene un cuerno pulpar adicional, su desgaste o fractura produce inflamación pulpar(J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki 2005)

4.10.2.5 Cúspide en garra

Gráfico Nro. 8 Cúspide en garra pieza 12

La cúspide en garra o cúspide supernumeraria, esta localiza típicamente sobre la cara lingual de los incisivos centrales del maxilar superior a nivel de su cíngulo y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente del esmalte, presentando en algunos casos fositas linguales a ambos lados de la cúspide, para lo que es necesario restaurar para prevenir futuras caries dental (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki2005).

4.10.2.6 Geminación

Gráfico Nro. 9 Geminación pieza #43

La geminación afecta principalmente a los dientes anteriores, se caracteriza por la división parcialde un solo primordiodentalproduciéndose un diente que muestra dos coronas independientes o separadas parcialmente, una sola raíz y un solo conducto radicular, este tipo de diente se puede presentar en las dos denticiones y se lo puede confundir con una fusión (J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki).

4.10.2.7 **Odontodisplasia Regional**.

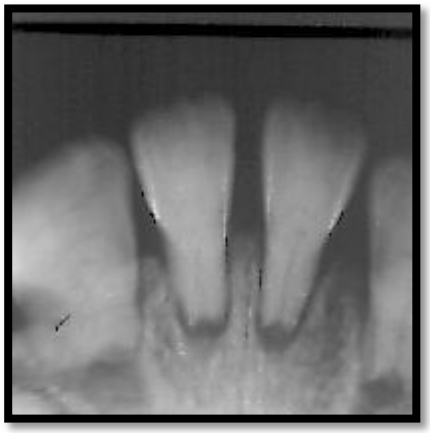


Gráfico Nro. 10 Odontodisplasia Regional

La odontodisplasia regional o dientes fantasmas, es una alteración no hereditaria del desarrollo del diente que se presenta con frecuencia en el maxilar superior y suele afectar a varios dientes contiguos de un mismo cuadrante, se caracteriza por presentar un color amarillento debido a la mala formación de los tejidos del diente produciendo así su destrucción rápida, radiográficamente se la puede identificar por su menor radio densidad del esmalte y dentina, así como también cavidades pulpares ampliar y en algunos casos cálculos de la pulpa (Sapp.P; Philip.E,1998 y Bordoni. B 2010).

4.10.2.8 Fluorosis dental

Gráfico Nro.11 Fluorosis en piezas #11- 21

La fluorosis dental es el defecto del desarrollo del esmalte provocado por la ingestión de una cantidad excesiva de fluoruro durante la formación del esmalte, clínicamente se caracteriza por presentar el esmalte dental con aspecto moteado debido a la hipomineralización de este o dela dentina (Harris. N; García.G 2005; Cárdenas. D 2003; Revista ADM.1997).

4.10.2.9 Grados clínicos de la fluorosis dental

Existen grados clínicos diferentes de fluorosis del esmalte en los que tenemos: Leve.- el diente es de color blanco mate y afecta a los bordes incisales o cúspides de los dientes posteriores, se puede observar en forma de gorro de nieve, estrías o venas delgadas e irregulares de color blanco opaco. Moderado.- se presenta de color café oscuro combinado con coloraciones blancas y opacas, en este caso también podemos observar cavidades discretas

de 1 a 2mm Grave.- a este nivel el color es de café chocolate hasta casi negras (Harris.N; García.Get.al 2005)

4.10.2.10Factores de riesgo de fluorosis

Dentro de los factores asociados a la fluorosis dental podemos mencionar: 1.) complementos con fluoruros excesivos como son la sal de mesa y agua potable; 2.) pastas dentalesfluoradas, como sucede con los niños menores de cinco años que la ingieren durante el cepillado dental; 3.) Alto contenido de fluoruro en bebidas embotelladas, jugos y bebidas gaseosas, y el consumo excesivo de té; 4.) Consumo de agua hervida, que provoca que se concentre la cantidad de fluoruro de dicho líquidoen 66 % (Azpeitia.L; Valadez. M 2009).

4.11LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

4.11.1ENFERMEDADES GINGIVALES

Gráfico Nro. 12 Inflamación Gingival.

4.11.1.1Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa

La gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños, se caracteriza por la presencia de inflamación sin pérdida de inserción o hueso alveolar, se dice que conforme empeora la situación, el tejido gingival enrojece, se inflama y sangra con el cepillado(Boj. J y Catalá.M 2004).

4.11.1.2Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediada por hormonas esteroides)

En este caso la enfermedad gingival se presenta con respuestas inflamatorias muy marcadas y eritemas graves, en el caso de la gingivitis de la pubertad se

da por exacerbación de la inflamación gingival debido a fluctuaciones hormonales, como respuesta a la presencia de poca o nula placa bacteriana (Boj. J, Catalá.M 2004).

4.11.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos

El agrandamiento gingival que provoca desfiguración estética es un efecto adverso importante asociado con diversos fármacos: anticonvulcionantes (pj. fenitoína, valproato, etc), inmunosupresores (pj. ciclosporina, etc), bloqueadores de los canales de calcio (pj. nifedipina, verapamilo, etc), y sus síntomas suelen comenzar después de los tres meses de medicación, y alcanza su intensidad máxima a los 12 -18 meses de tratamiento(Lindhe.J. 2009; Boj. J, Catalá.M. 2004)

4.12 MALOCLUSION

4.12.1 DENTICIÓN TEMPORAL

Para clasificar una oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales

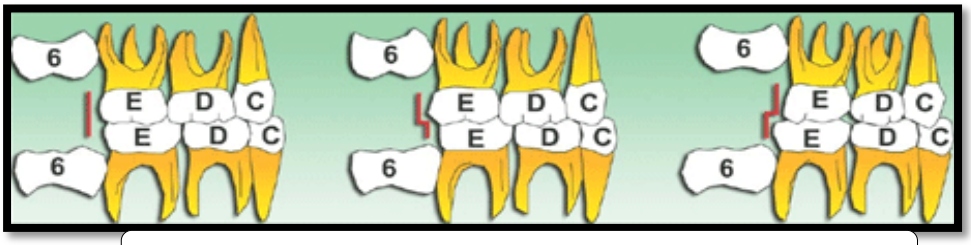


Gráfico Nro. 13 Relación molar de la dentición temporal

PLANO TERMINAL RECTO: Cuando los primeros molares erupcionan en relación borde a borde.

ESCALON MESIAL: cuando la superficie distal del segundo molar primario inferior esta mesial a la superficie distal del segundo molar superior primario

ESCALON DISTAL: cuando la superficie del segundo molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del segundo molar superior primario (FLAVIO VELLINI-2009)

4.12.2 DENTICIÓN PERMANENTE

Clase I

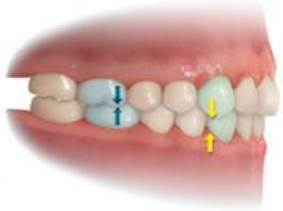


Gráfico Nro. 14 CLASE I

Se define como clase I, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior (FLAVIO VELLINI-2009).

Clase II

Gráfico N° 15 Clase II

Se define como clase II debido a que el primer molar inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior y cuando el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior (FLAVIO VELLINI-2009)

Clase II División I

Gráfico N° 16 Clase II División I

Se conoce como clase II división I, a la inclinación vestibular que presentan los incisivos superiores, esta clase es frecuente en pacientes con problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamientovestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores, además de ello se caracteriza por presentar un perfil facial convexo (FLAVIO VELLINI-2009).

Clase II División II

En la Clase II división II, los incisivos superiores se encuentran palatinizados o verticalizados, es por ello que los pacientes presentan perfiles faciales restos y levemente convexo, asociados a que la musculatura equilibrada esta con una leve alteración (FLAVIO VELLINI-2009).

Gráfico N° 17 Clase II División II

Clase III

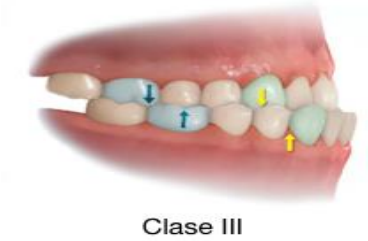


Gráfico N° 18 Clase III

En la Clase III el surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación con la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, en esta

Clase el perfil fácil del paciente es predominantemente cóncavo y la musculatura, en general, desequilibrada (FLAVIO VELLINI-2009).

4.12.3 TIPO DE DENTICIONES

4.12.3.1 Dentición temporal

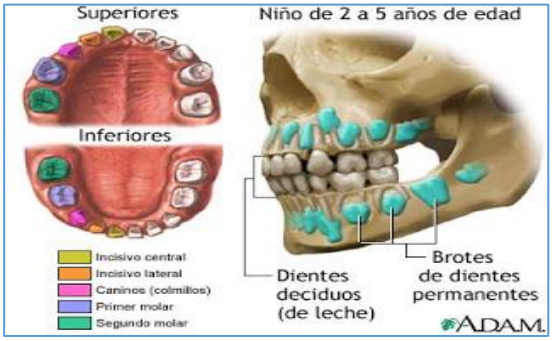


Gráfico N° 19 Dentición Temporal

La dentición temporal comienza su calcificación al cuarto y sexto mes de vida intrauterina, terminando este proceso al momento del nacimiento, la erupción de esta dentición se realiza en periodos y grupos distintos de tal manera que el primer grupo está formado por los centrales y laterales inferiores los cuales erupcionan a los 5 a 6 meses; mientras que el incisivo central superior erupciona a los 7 a 8 meses, el incisivo lateral superior a los 8 a 9 meses, una vez erupcionados los cuatro dientes anteriores se produce un proceso de adelantamiento posicional ya que estos erupcionan de forma vertical permitiendo así agrandar el arco ganando de esta manera espacio para el alineamiento, el segundo grupo está formado por el primer molar superior que erupciona a los 14 meses, el canino superior que erupciona a los 18 meses, el segundo molar superior erupciona a los 24 meses, el primero molar inferior a los 12 meses, el canino inferior a los 16 meses y el segundo molar inferior a los 20 meses, de esta manera la aproximadamente a los dos años y medio ya debería estar completa la dentición primaria (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

4.12.3.2 Dentición mixta

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en boca, de dientes temporales y permanentes; este periodo de recambio abarca de los seis hasta

los doce años de edad y es de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en este periodo se realiza una serie de complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

4.12.3.3Dentición permanente

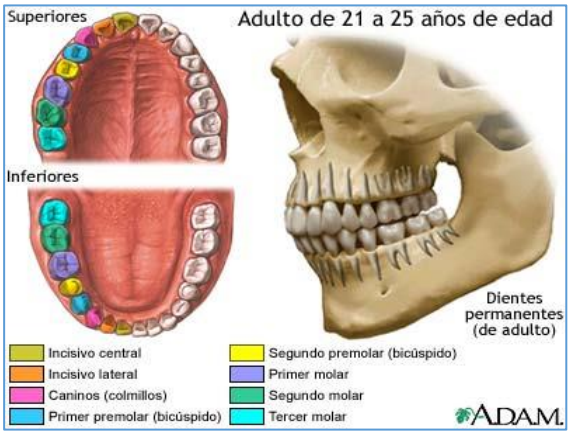


Gráfico N° 20 Dentición Permanente

En la aparición de la segunda dentición, se da una mayor variabilidad como consecuencia de la influencia de factores hormonales y la deferencia de sexo, pero al igual que la dentición temporal, los dientes permanente también tiene su cronología de erupción es por ello que los primeros molares erupcionan a los 6 años, seguidos de incisivos centrales mandibulares a los 6 - 7 años, los incisivos centrales maxilares y laterales mandibulares a los 7 - 8 años, el incisivo lateral maxilar a los 8 – 9 años, los caninos mandibulares a los 9 – 10 años, el primer premolar maxilar a los 10 – 11 años, el segundo premolar maxilar y primero premolar mandibular a los 10 – 11 años, el segundo premolar mandibular y canino maxilar a los 11 – 12 años y finalmente segundo molar maxilar a los 12 – 13 años (ROSA MARIAMASSÓN-2004).

4.12.4 PÉRDIDA PREMATURA DE DENTICIÓN DECIDUA

4.12.4.1Pérdida prematura: se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo.

4.12.4.2 Pérdida temprana: Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco. (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2004-2005).

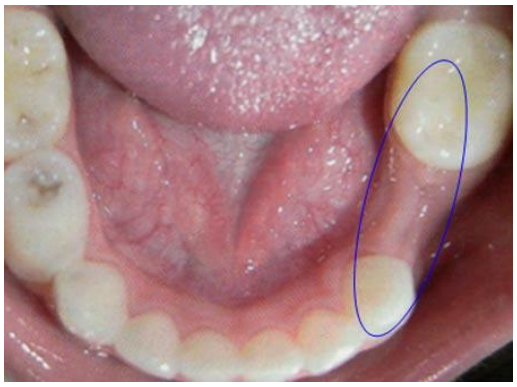


Gráfico No 21 PERDIDA PREMATURA Pieza # 74

4.12.5 CAUSAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES

Dentro de las causas tenemos: 1.) Enfermedades tales como: caries dental, resorciones radiculares atípicas; 2.) Malos hábitos orales entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, chupeteo del dedo gordo, mordida del labio inferior, que producen movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces y por lo tanto su pérdida antes de la fecha esperada; 3.) Macroglosia y Micrognatia; 4.) Alteraciones congénitas, en los cuales el diente se presenta con poca o nada de raíz lo que favorece sus pérdidas; 5.) Iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces (Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.2004-2005).

4.12.6 TIPOS DE MORDIDAS

4.12.6.1 Mordida abierta

Gráfico No 22 Mordida Abierta

Es cuando los dientes superiores e inferiores no ocluyen unos con otros, existe un espacio entre los dientes maxilares y mandibulares, en una persona con mordida abierta anterior puede que no haya contacto de los dientes anteriores durante el movimiento mandibular (G. Vajdi, Geeti 2011).

4.12.6.2 Mordida Profunda

Gráfico No 23 Mordida Profunda

Se denomina mordida profunda cuando una persona tiene una mandíbula infra desarrollada (relación molar de clase II), en los cuales los dientes anteriores mandibulares con frecuencia contactan en el tercio gingival de las superficies linguales de los dientes maxilares.

4.12.6.3 Mordida cruzada anterior

Gráfico No 24 Mordida Cruzada

En la mordida cruzada anterior los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. (Gabriela González, Laura Marrera, 2012).

4.12.6.4 Mordida cruzada posterior

Gráfico No 25 Mordida Cruzada

La mordida cruzada posterior se caracteriza por la alteración en la relación transversal entre los arcos superior e inferior, la interferencia dentaria durante el movimiento mandibular en máxima intercuspidación habitual, puede causar desplazamiento lateral de la mandíbula estableciéndose una mordida cruzada posterior unilateral funcional. (Osmar Aparecido, 2011)

4.12.6.5 Mordida Bis a bis

Gráfico No 26 Mordida Bis a Bis

En una mordida bis a bis los bordes de los dientes incisivos y los puntos de los dientes molares se tocan borde a borde o cúspide contra cúspide de tal forma que se desgastan mutuamente.

4.13 HÁBITOS

Un hábito bucal se refiere a la repetición frecuente de un mismo acto, que en un inicio se realiza de forma de consciente y luego se torna de manera inconsciente.

4.13.1 Succión digital

Gráfico No 27 Succión Digital

El hábito de succión digital suele terminar a los 3 o 4 años de edad, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición intensidad, frecuencia y duración del hábito de succión. (BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col, 2011)

Efectos bucales:

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Prognatismo alveolar superior.
- ✓ Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador).
- ✓ Mordida cruzada posterior.
- ✓ Dimensión vertical aumentada (María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera. Oscar Quirós, 2012)

4.13.2 Respiración bucal

La respiración está asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función

respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales. (BOJ Juan, CATALÁ Montserrat y Col, 2011)

4.13.3 Deglución atípica

Gráfico No28 Deglución Atípica

Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.(Carmen Lugo, IrasemaToyo, 2011)

Consecuencias de la deglución atípica:

- ✓ Mordida abierta en la región anterior y posterior
- ✓ Protrusión de incisivos superiores
- ✓ Presencia de diastema antero superiores
- ✓ Labio superior hipotónico
- ✓ Incompetencia labial
- ✓ Hipertonicidadde la borda del mentón.

4.13.4 Interposición lingual

Gráfico No 30 Interposición Lingual.

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fono articulación (Pamela Agurto V, Rodrigo Díaz, Olga Cádiz, Fernando Bobenrieth, 1999)

La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

- ✓ Mordida abierta anterior
- ✓ Vestíbuloversión
- ✓ mordida cruzada posterior.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo **cuantitativo** debido a que sirvió para determinar porcentualmente el estado de salud buco dental de los estudiantes, del centro educativo secundario de la parroquia rural del cantón Loja y los resultados obtenidos son expuestos mediante gráficas; **Descriptivo,**determinó la situación de las variables que se estudiaron mediante la descripción de las diversas patologías que se presentaron en este estudio; además es de carácter **prospectivo** porque se registra la información segúnocurren los fenómenos, pero los datos se analizaron transcurrido un determinado tiempo y **transversal** mediante el cual se estudió las variables que se encuentran afectando a la población investigada durante la aplicación de la historia clínica en un momento dado, lo que permitió la obtención de diagnósticos de Salud Bucodental.

El Área de estudio donde se realizó la investigación fue la parroquia San Lucas, la misma que se encuentra localizada noreste de la ciudad de Loja, con una población de 6.005 habitantes, limita Norte: con las parroquias Saraguro y San Pablo de Tenta (cantón Saraguro). Sur: con las parroquias Santiago y Jimbilla. Este: provincia de Zamora Chinchipe teniendo como límite la línea la Cordillera de Tambo Blanco. Oeste: con las parroquias Gualel y Santiago. Tiene una superficie de160.11 km2.

El universo se encontró conformado por 151 estudiantes, de los colegios “MushukRimak y Ext. Madre Laura Montoya” de la parroquia rural de San Lucas del cantón Loja en el año 2013. Se trabajó con el 100% de la población establecida.

La muestra estuvo conformada por los 151 estudiantes de los colegios “MushukRimak y Ext. Madre Laura Montoya” de la parroquia rural de San Lucas del cantón Loja en el año 2013.

Los estudiantes que colaboraron en la recolección de los datos, estuvieron inmersos dentro del criterio de inclusión y en el criterio de exclusión todos los estudiantes que no colaboraron en la recolección de los datos y aquellos que no asistieron a clases durante la recolección de la información, por lo que no se los tomo en cuenta dentro del estudio.

Las variables dependientes en el presente proyecto fueron: caries dental, inflamación gingival, anomalías dentales, fluorosis dental y mal oclusiones. Las variables independientes son: Cepillado, Alimentación y Atención odontológica.

Las técnicas empleadas fueron la técnica de **Observación:** Es una técnica fundamental, que permitió tener una visión clara, real y actual del problema, a través de la percepción directa de los sujetos investigados, lo que estableció el cómo se encontraron las variables; la **Entrevista:**Se empleó para recolectar la información de manera verbal, a través de preguntas que se plantearon de investigador a investigado.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron, **La Historia Clínica Odontológica**: es el conjunto de documentación médico-legal que recogió el relato del paciente sobre su enfermedad, pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas realizadas y evolución de un paciente. Contiene elementos objetivos, de los que el paciente puede solicitar copia para obtener una segunda opinión; y la **Encuesta:** Se elaboró un conjunto de preguntas, a través de este instrumento se pretendió obtener información necesaria de los sujetos investigados. Además la elaboración de **Credenciales:** Son medios de identificación para el acceso al centro educativo.

Los recursos humanos estuvieron conformados: Directora de la Carrera de OdontologíaDra. Especialista TannyaValarezo; Tutor:Dr. Especialista Franklin Quinche; Leticia Paola Ramos Vicente egresada de la carrera de Odontología año 2013.Personal administrativo, estudiantes y padres de familia de los centros educativos secundarios de la parroquia rural San Lucas del cantón Loja. Los recursos físicos son los establecimientos educativos “MushukRimak y Ext. Madre Laura Montoya”. Y los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodonera), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas, Encuestas, Material didáctico, Cámara fotográfica, Computadora, Materiales de escritorio, 151 cepillos dentales, 151 pastas dentales.

EDAD	**FEMENINO**	**MASCULINO**	**TOTAL**
9-11 AÑOS		**1**	
12- 14 AÑOS	**30**	**27**	
15-17 AÑOS	**42**	**32**	
18+ AÑOS	**11**	**8**	
TOTAL	**83**	**68**	**151**

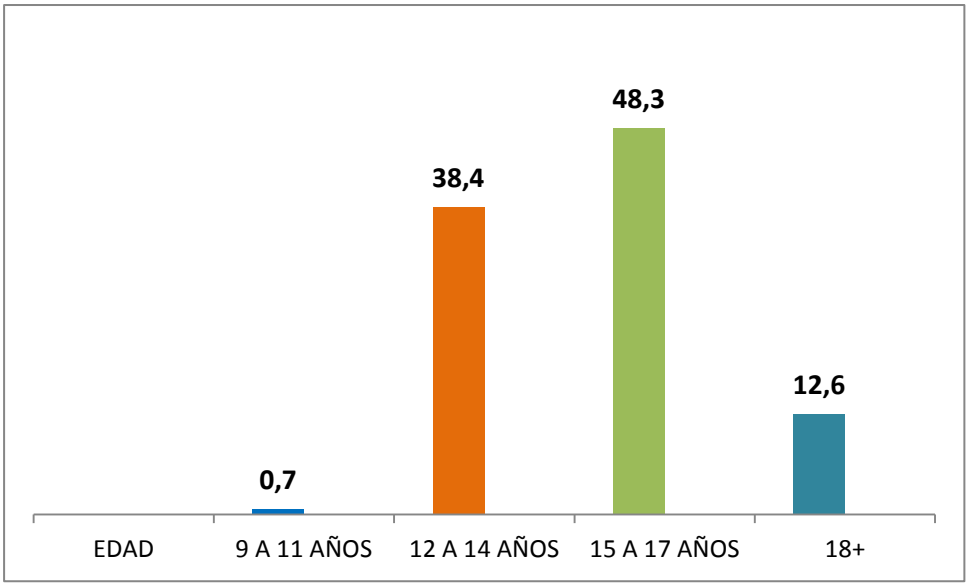
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Caries	La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie del esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica.	CPOD Ceo	0,0 a 1,1 muy bajo 1.2 a2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.5 alto
inflamación gingival	La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias que están acumuladas en la placa bacteriana producen toxinas, estas irritan las encías que se inflaman y entonces estamos en la primera fase de la enfermedad periodontal.	IHOS	Bueno:0.0-1.2 Regular: 1.3-3.0 Malo: 3.1-5.0
Mal oclusiones	Denominamos maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales. Esto puede crear una situación patológica (caries, problemas gingivales, estéticos o en la articulación temporo-mandibular)	• Relación molar de Angle • Relación molar decidua	• Clase I • Clase II • Clase III • Escalón mesial • Escalón distal • Plano recto
Anomalías dentales	Las anomalías dentarias contienen defectos de forma y fondo que pueden ocurrir cuando algún agente injuriante interfiere en la odontogénesis normal.	• Características clínicas	• Anomalías de forma • Anomalías de numero • Anomalías de estructura • Anomalías de tamaño
Fluorosis	La fluorosis dental es una anomalía de la cavidad oral, en especial de las piezas dentales originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor	• Aspecto de dientes moteados	• Leve • Moderada • Severa
Cepillado	Es el método mecánico de higiene que permite remover la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas bucales	• Frecuencia del cepillado	• Nunca • Una vez al día • Dos veces al día • Tres veces al día •
		• Técnica de cepillado	• Horizontal • Vertical

		•	• Técnica de Bass •
		• Uso de implementos en el cepillado	• Pasta dental y cepillo dental • Hilo dental • Enjuague bucal
Alimentación	Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía.	• Tipo de alimentación • Ingesta de azucares	Frecuencia • Una vez al día • Dos veces al día • Tres o más al día
Atención odontológica	Se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatológico	• Frecuencia de Visita al odontólogo	• Nunca • Una vez al año • Dos veces al año • Más de dos veces al año

5. RESULTADOS

GRÁFICA N° 1. MUESTRA POR EDAD



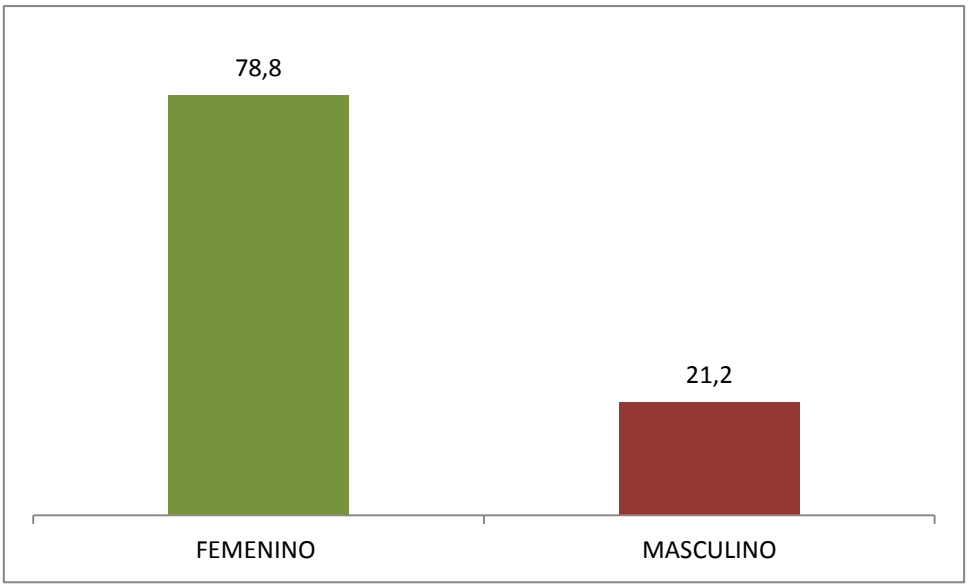
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La gráfica indica que de la población en estudio el 97.35 %, presenta caries dental.

GRÁFICA N° 2. MUESTRA POR SEXO



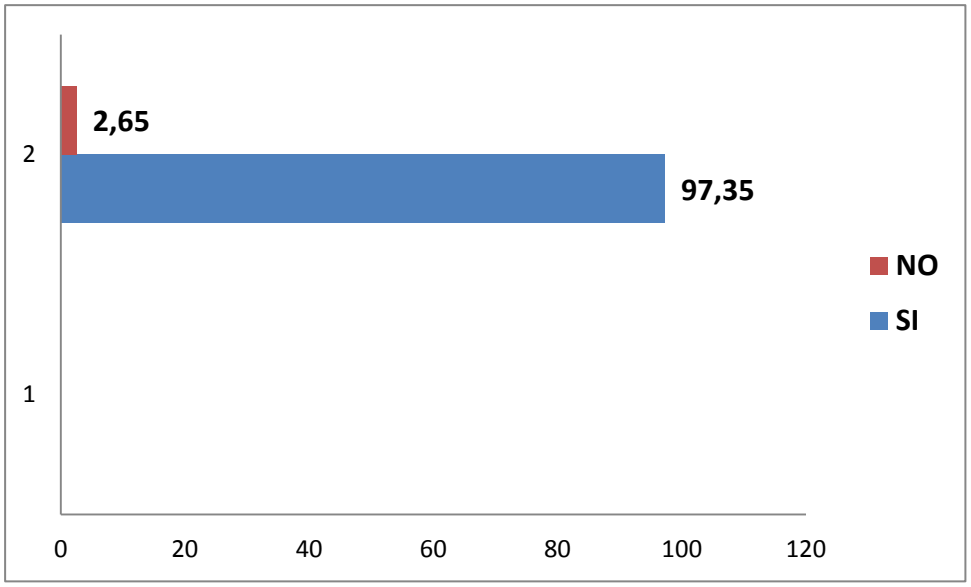
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La gráfica indica que de la población en estudio el 97.35 %, presenta caries dental.

GRÁFICA N° 3. PRESENCIA DE CARIES DENTAL



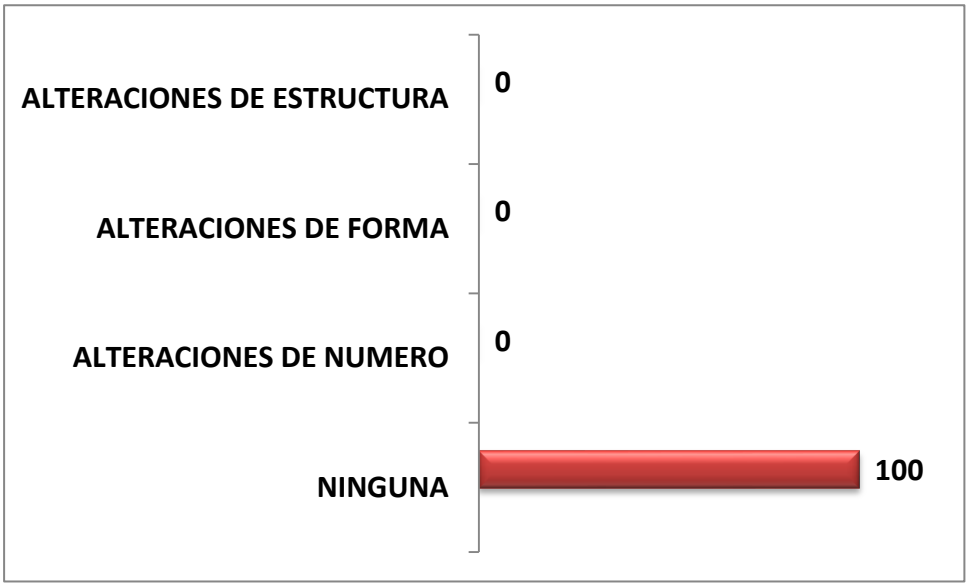
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La gráfica indica que de la población en estudio el 97.35 %, presenta caries dental.

GRÁFICA N° 4. ALTERACIONES DENTALES



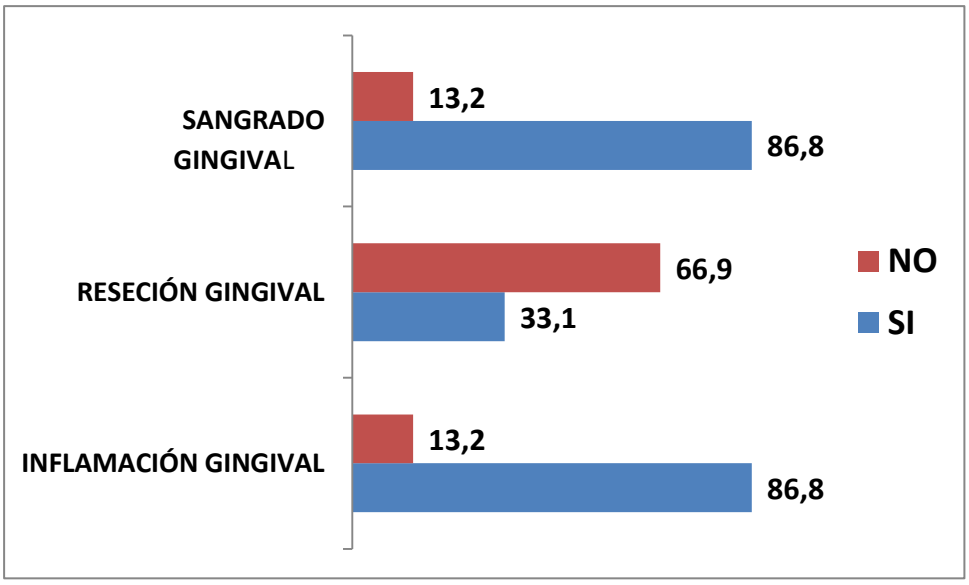
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La presente gráfica indica que la población en estudio que representa al 100% no presenta alteraciones dentales.

GRÁFICA N° 5 ALTERACIONES GINGIVALES



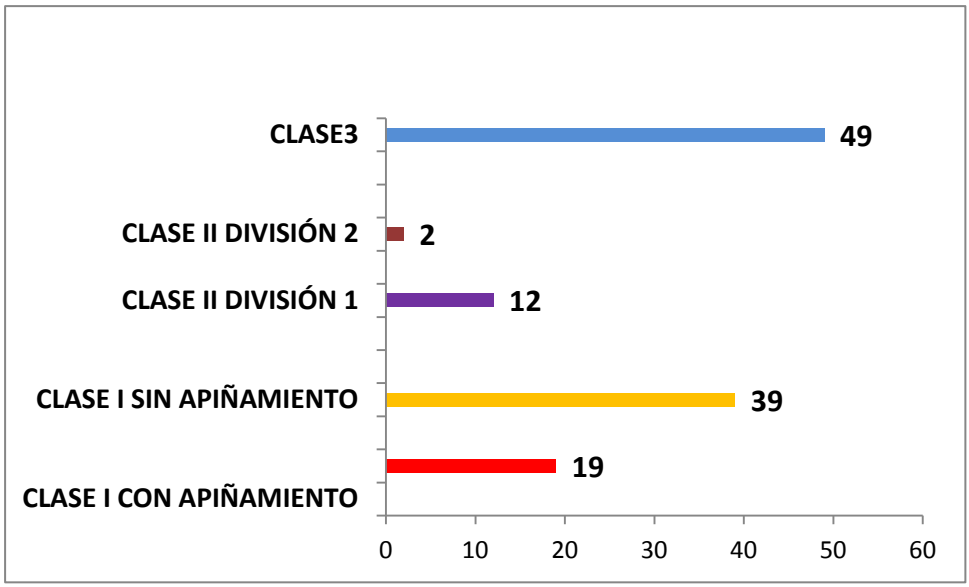
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La gráfica indica dentro de las alteraciones gingivales: un 86.8% inflamación gingival, 86.8%; sangrado gingival y recesión gingival con 33.1% de la población estudiada.

GRÁFICA N° 6 MALOCLUSIONES EN DENTICIÓN PERMANENTE



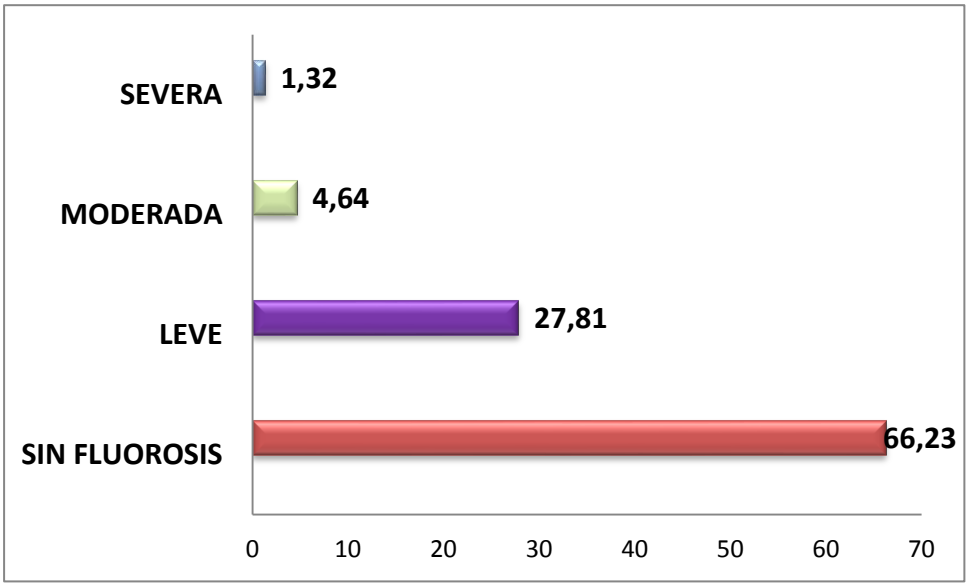
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

En el tipo de oclusión la gráfica indica: 49 estudiantes presentan clase III, 39 estudiantes clase I sin apiñamiento, 19 estudiantes clase I con apiñamiento, 12 estudiantes clase II división 1, y finalmente 2 estudiantes clase II división 2.

GRÁFICA N° 7 FLUOROSIS DENTAL



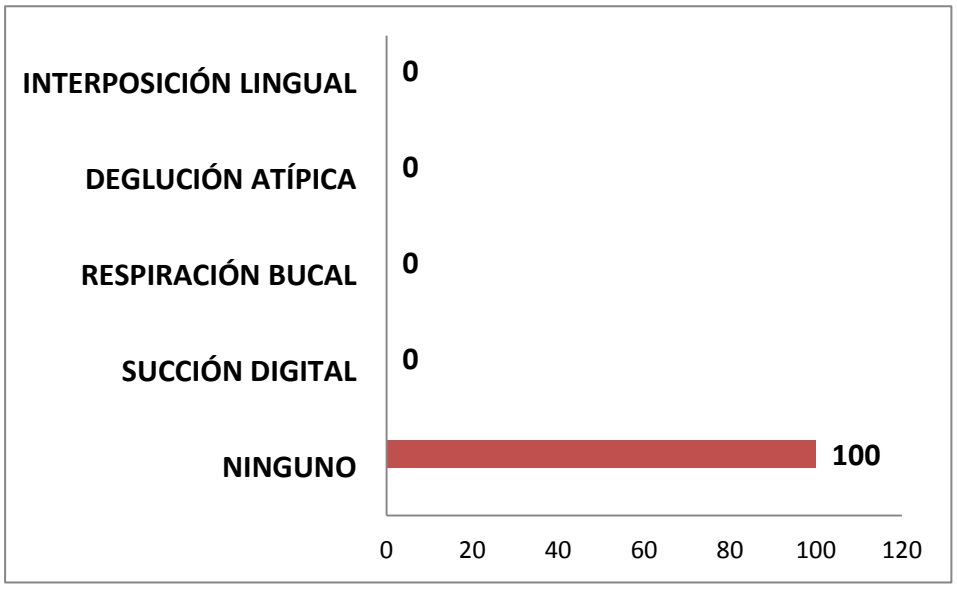
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La presente gráfica indica en la población de estudio el 66.23% no presentan fluorosis, el 27.81% presentan fluorosis leve, el 4.64% moderada y el 1.32% severa.

GRÁFICA N° 8 HÀBITOS BUCALES



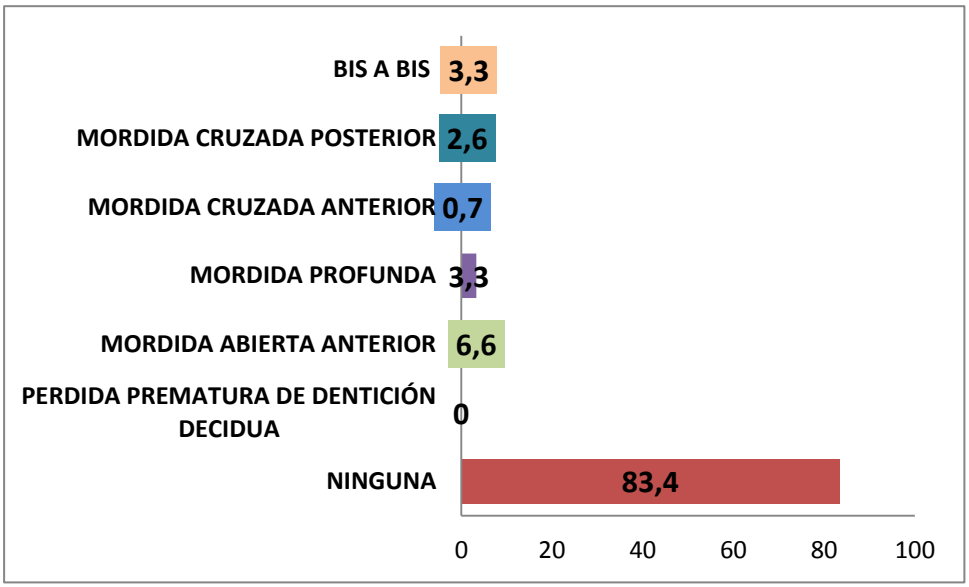
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

Esta gráfica indica que todos los estudiantes evaluados el 100% no presentan hábitos.

GRÁFICA N° 9 PATOLOGIAS OCLUSALES



Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La siguiente gráfica en los estudiantes evaluados indica: 83.4% no presentan patología oclusal, destacándose valores del 6.6% con mordida abierta anterior, el 6.3% presentan mordida bis a bis. El 3.3% está representado por mordida profunda, el 2.6% mordida cruzada posterior, y en mínimo porcentaje mordida cruzada anterior por el 0.7%.

GRÁFICA N° 10 CARIADOS, EXTRAÍDOS Y OBTURADOS (CEO). ODONTOGRAMA

ESTUDIANTES 4	CARIADOS	EXTRACCIÓM INDICADA	OBTURADOS	ceo	ÍNDICE	RESULTADO
TOTAL 4	6	0	0	6	1.5	BAJO

MUY BAJO (0,0 A 1,1)
BAJO (1,2 a 2,6)
MODERADO (2,7A 4,4)
ALTO (4,5 a 6,5)

Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La presente gráfica hace referencia que la población en estudio presenta un ceo, bajo el cual corresponde a 4 estudiantes.

GRÁFICA N° 11CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADO POR DIENTE (POD). ODONTOGRAMA

ESTUDIANTES 151	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	CPOD	ÍNDICE	RESULTADO
TOTAL 151	635	71	71	6	5.3	ALTO

MUY BAJO (0,0 A 1,1)
BAJO (1,2 a 2,6)
MODERADO (2,7A 4,4)
ALTO (4,5 a 6,5)

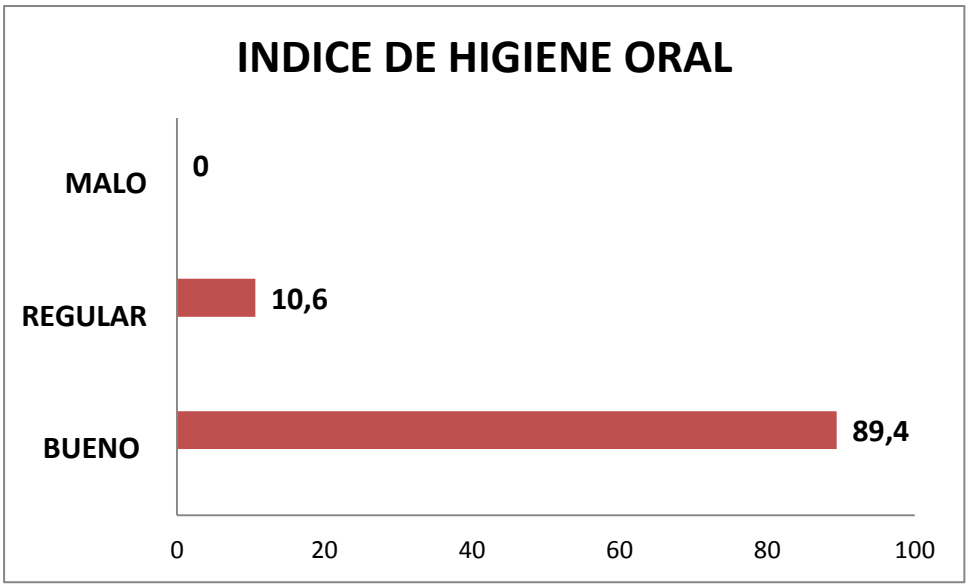
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa “MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La gráfica hace referencia que la población en estudio presenta un CPOD (dientes perdidos cariados y obturados), alto el cual corresponde a 151 estudiantes.

GRÁFICA N° 12: ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



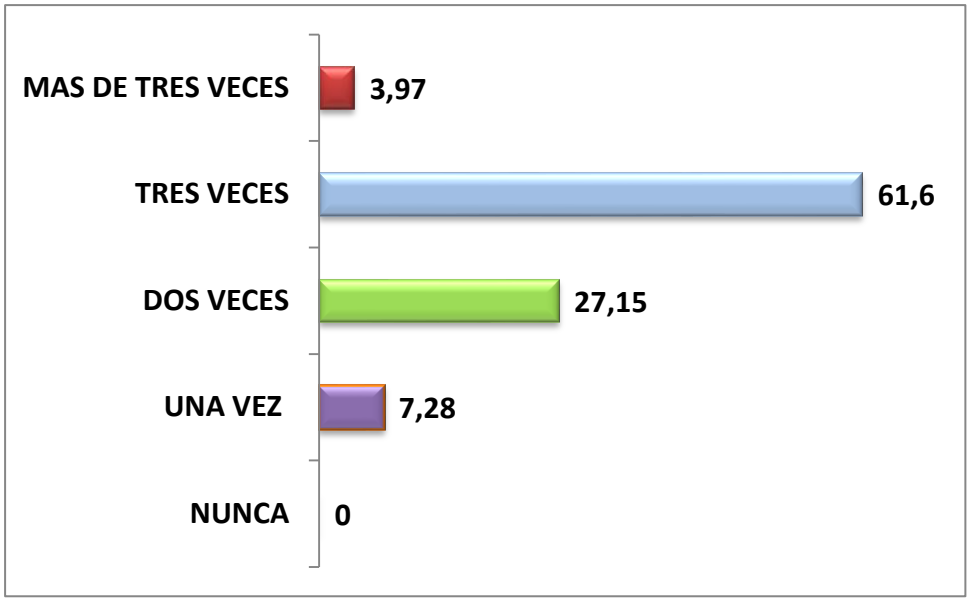
Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la Unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La gráfica muestra que la población en estudio presenta un Índice de Higiene Oral (IHOS) bueno con 84.4% y un índice regular con 10.6%.

GRÁFICA N° 13 FRECUENCIA DE CEPILLADO



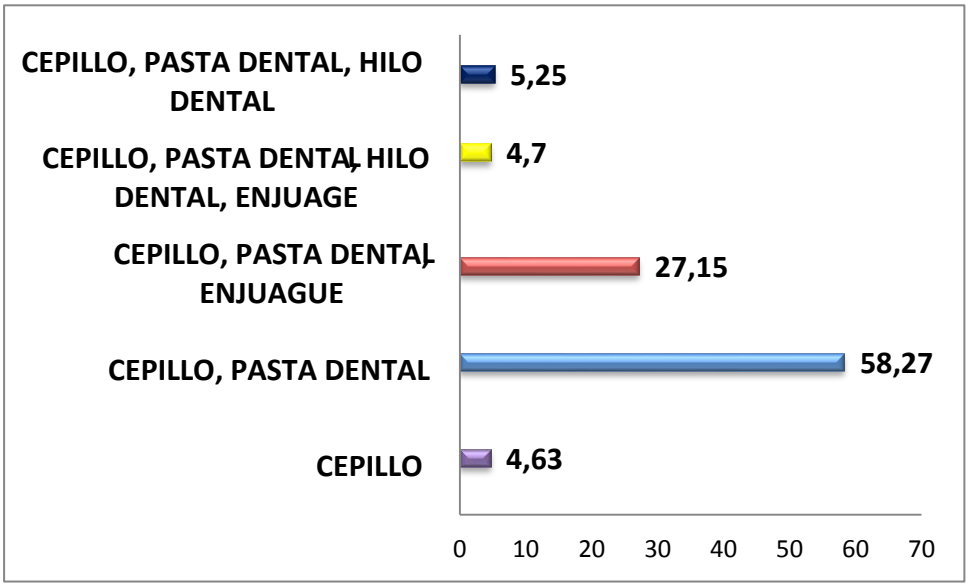
Fuente: Encuesta de los Estudiantes de la unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

La gráfica indica en los estudiantes evaluados que el 61.6% cepillan sus dientes tres veces al día, el 27.15 lo realizan dos veces, el 7.28% una vez, y en mínimo porcentaje de 3.97% más de tres veces al día.

GRÁFICA N° 14 ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL



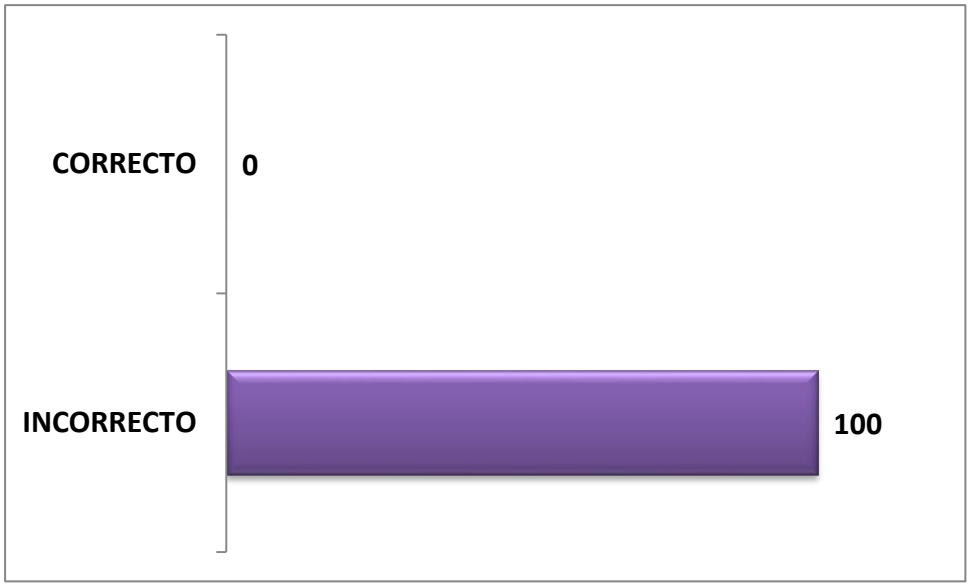
Fuente: Encuesta de los Estudiantes de la unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

En la presente gráfica en cuanto a los elementos utilizados en la higiene bucal: el 58.27% utilizan, cepillo y pasta dental; seguido del 27.15% utilizan cepillo, pasta dental y enjuague bucal, el 5.25% utilizan pasta, cepillo e hilo dental, y en mínimo porcentaje del 4.63% solamente utilizan cepillo dental.

GRÁFICA N° 15 TECNICA DE CEPILLADO



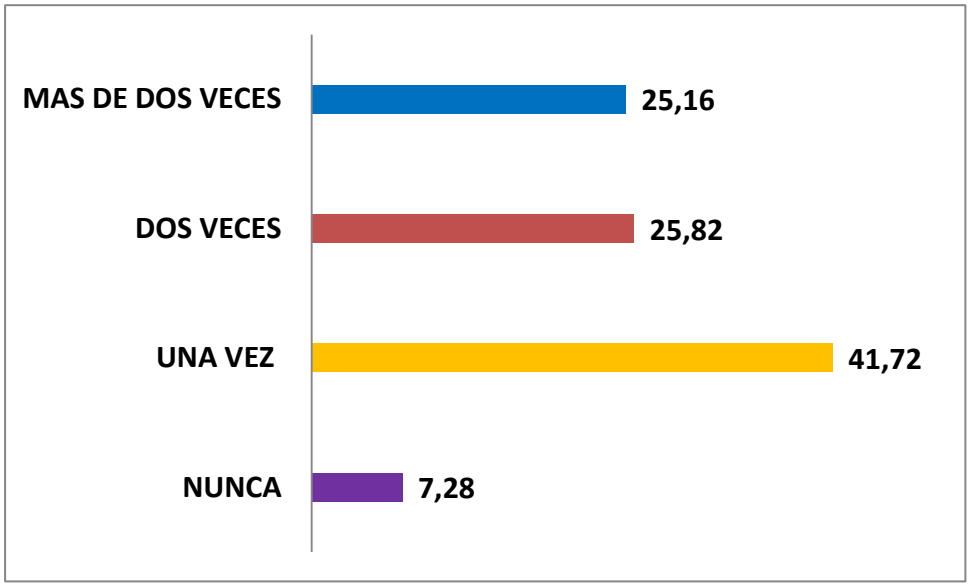
Fuente: Encuesta de los Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

En la gráfica encontramos que el 100% de los estudiantes evaluados realizan una técnica incorrecta de cepillado dental.

GRÁFICA N° 16FRECUENCIA DE VISITA AL ODONTOLOGO



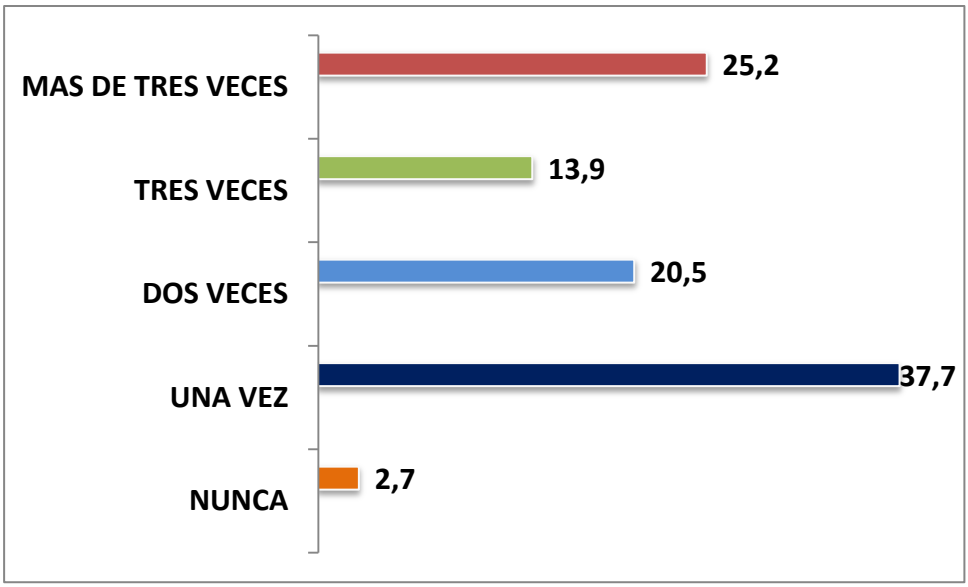
Fuente: Encuesta de los Estudiantes de la unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

En cuanto a la frecuencia de visita al odontólogo: el 41.72% visitan una vez al año, el 25.82% dos veces, mientras que 25.16% lo visita más de dos veces, y en un mínimo porcentaje del 7.28% no realizan visitas al odontólogo durante el año.

GRÁFICA N° 17FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS



Fuente: Encuesta de los Estudiantes de la unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

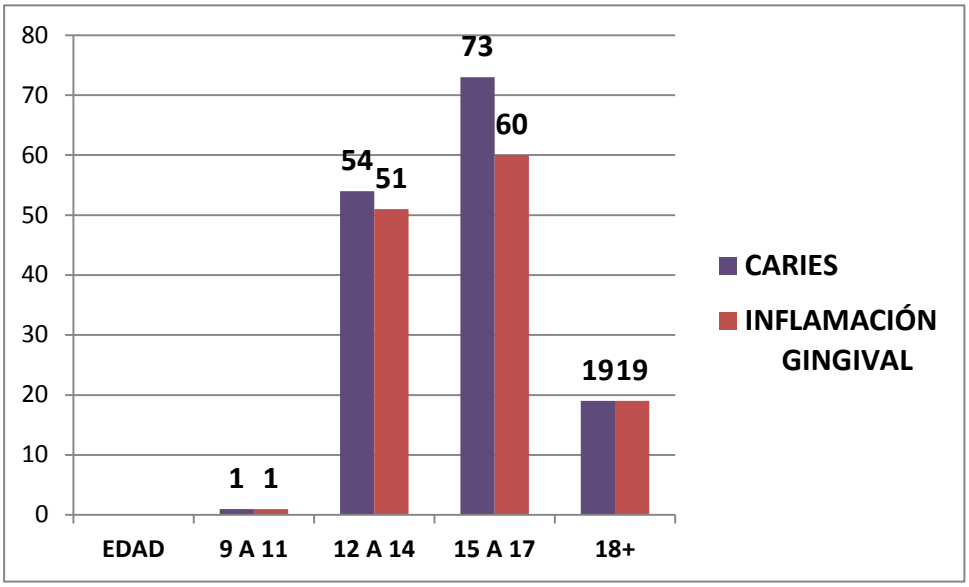
Autora: Leticia Ramos

Interpretación:

En la siguiente gráfica los sujetos de estudio consumen alimentos cariogènicos: una vez al día el 37.7%; dos veces al día el 20.5%; el 13.9% tres veces al día. Y el 25.2%más de tres veces al día.

GRÁFICA N° 18

RELACIÓN EDAD CARIES- INFLAMACIÓN



Fuente: Historia Clínica de los Estudiantes de la unidad Educativa"Mushuk Rimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

Autora: Leticia Ramos.

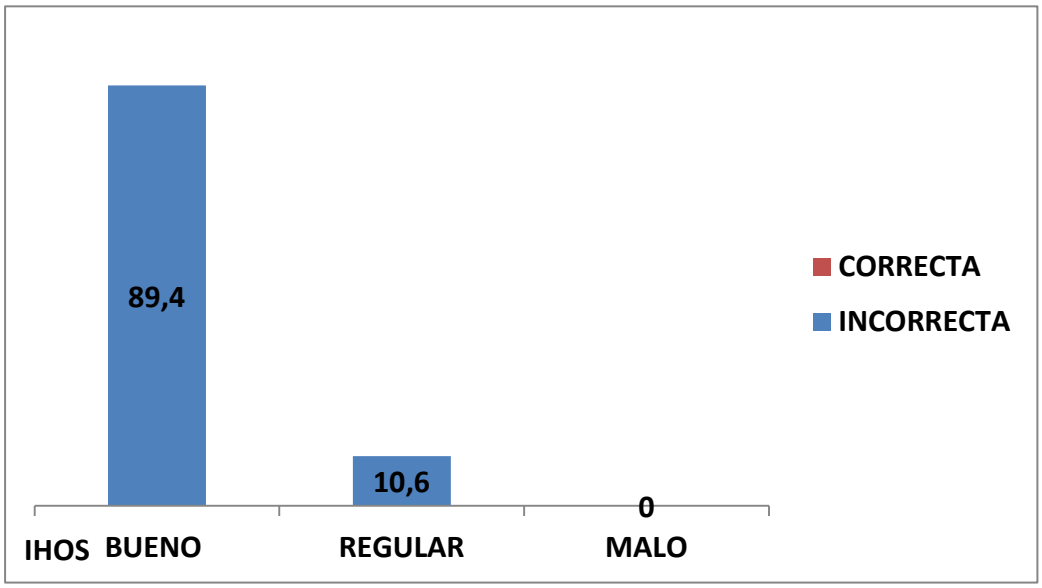
Interpretación:

La gráfica indica la relación de la variable de la edad con caries e inflamación gingival: en el grupo etáreo comprendido entre 15 -17 años;73 estudiantes presentan caries dental, y 60 inflamación gingival. En el grupo etáreo comprendido entre 12-14 años, 54 estudiantes presentan caries dental, y 51 presentan inflamación gingival. En el grupo etáreo comprendido por estudiantes mayores de 18años;19 presentan caries dental y 19 inflamación gingival.

En el grupo etáreo comprendido entre 9-11 años; 1 estudiante presenta caries dental y 1 estudiante inflamación gingival.

GRÁFICA N° 19

RELACIÓN TECNICA DE CEPILLADO - INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



Fuente: Historia Clínica y Encuesta de los Estudiantes de la unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos.

Interpretación:

En la relación técnica de cepillado e índice de higiene oral simplificado del total de la población valorada el89.4% presentan un nivel bueno dentro del IHOS y el 10.6% presentan un índice regular del IHOS pero una técnica de cepillado incorrecta.%, lo que nos da a conocer que el IHOS no depende de la técnica de cepillado; si no de la higiene que presente el paciente ya que al momento del diagnóstico la mayor parte de la población presento gran cantidad de placa bacteriana.

GRÁFICA N° 20

RELACIÓN EDAD - CARIADOS EXTRACCIÓN INDICADA Y OBTURADOS (ceo) DENTICIÓN DECIDUA

EDAD	CARIADOS	EXTRACCIÓN INDICADA	OBTURADOS	ÍNDICE	ceo
3 A 5 AÑOS					
6 A 8AÑOS					
9 A 11 AÑOS					
12 A 14 AÑOS	6	0	0	1.5	BAJO

MUY BAJO (0,0 A 1,1)
BAJO (1,2 a 2,6)
MODERADO (2,7A 4,4)
ALTO (4,5 a 6,5)

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa ”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

Autora: Leticia Ramos.

Interpretación:

La gráfica representa el ceo (cariados, extracción indicada y obturados) y su relación con la variable edad, el cual está en el nivel bajo, en las edades comprendidas de 12 a 14 años, representado por 4 estudiantes.

GRÁFICA N° 21

RELACIÓN EDAD - CARIADOS PERDIDOS OBTURADOS POR DIENTE (CPOD) DENTICIÓN PERMANENTE

EDAD	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	ÍNDICE	ceo	TOTAL DE ESTUDIANTES
9 A 11 AÑOS	7	0	1	8	ALTO	**1**
12 A 14 AÑOS	299	32	76	7	ALTO	**58**
15 A 17 AÑOS	194	15	19	3.1	MODERADO	**73**
18 +AÑOS	135	24	9	8	ALTO	**19**
						151

MUY BAJO (0,0 A 1,1)
BAJO (1,2 a 2,6)
MODERADO (2,7A 4,4)
ALTO (4,5 a 6,5)

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

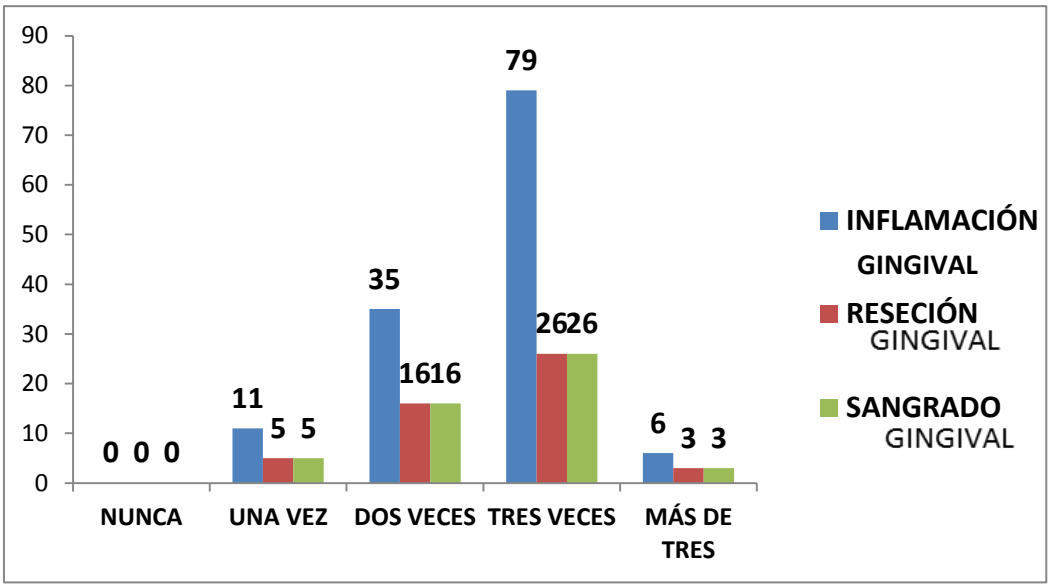
Autora: Leticia Ramos.

Interpretación:

La gráfica representa el CPOD (cariados, perdidos y obturados por diente) y la relación con la variable edad, en el grupo etáreo de 15-17, representado por 73 estudiantes se encuadra en un nivel moderado. En el grupo etáreo de 12-14 años, representado por 58 estudiantes se encasilla en un nivel alto. En el grupo etáreo mayores de 18 años, representado por 19 estudiantes se cataloga en el nivel alto. En el grupo etáreo de 9-11 años, representado por 1 estudiante se encuentra en el nivel alto.

GRÁFICA N° 22

RELACIÓN FRECUENCIA DE CEPILLADO –SIGNOS INFLAMATORIOS GINGIVALES



Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

Autora: Leticia Ramos.

Interpretación:

En la presente gráfica se relaciona la variable de cepillado dental con signos inflamatorios gingivales determinando: frecuencia de aseo bucal, cepillado **una vez al día**11 estudiantes tiene inflamación gingival, 5 sangrado gingival y 5 recesión gingival; cepillado de **dos veces al día,**35 estudiantes tienen inflamación gingival, 16 sangrado gingival y 16 recesión gingival; cepillado de **tres veces al día**79 estudiantes presentan inflamación, 26 sangrado gingival y 26 recesión gingival, y finalmente los que se cepillan **más de tres veces** presentan 6 estudiantes inflamación gingival, 3 recesión gingival y 3 sangrado gingival.

6. **DISCUSIONES**

Es importante conocer que las conductas de higiene oral están íntimamente relacionadas con el grado de salud buco-dental existente. Sabemos que la caries dental es una enfermedad prevenible y controlable pero, aun con todos los recursos disponibles, sigue siendo la enfermedad crónica más común en la niñez.

El estado de salud buco-dental en los niños y niñas de los centros educativossecundarios "MushukRimak" y "Ext. Madre Laura Montoya", perteneciente a la Parroquia San Lucas, está determinada en gran parte por las normas de higiene oral; pero en este caso, además, por la falta de atención buco-dental, y por la realidad económica y cultural en la que se desenvuelven sus habitantes

Es así que se pudo observar una alta prevalencia de caries con un porcentaje del 97.35% y mal oclusión en un 24.8% al comparar con estudios previos realizados "En Cuba en el 2007 Estudio epidemiológico de salud bucal en escolares de 12 años, la prevalencia de caries alcanzó un 54,4%**.**Las maloclusiones presentaron una prevalencia de un 40%."***(MANUEL RODRIGUEZ 2007).***Observamos que nuestros resultados, no coinciden con los estudios citados anteriormente en lo que se refiere a caries dental, lo cual demuestra la falta de atención y cuidado en la parroquia evaluada.

En esta investigación los resultados revelaron que la presencia de fluorosis dental de toda la población evaluada fue de 33.77%. Al igual que en otros estudios realizados en el Programa Nacional de Salud Bucal En Chile en el 2007 el 28.3% presenta fluorosis dental***. (PROGRAMA NACIONAL DE LA CARIES DENTAL 2007)***. Al comparar ambos estudios existe coincidencia con la actual investigación.

En cuanto a la inflamación gingival el presente estudio revela un porcentaje de un 86.8%, similar a la investigación realizada en Chile en el 2007 "Programa Nacional de Salud Bucal ***(PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL 2007)***.de las enfermedades bucales y necesidades de tratamiento", se

determinó que el 67%, presenta inflamación gingival. Al comparar ambos estudios encontramos coincidencias con los valores citados, cuyas causas corresponden a, la técnica incorrecta del cepillado dental y consumo elevado de alimentos cariogènicos.

En nuestro estudio en lo que se refiere a la oclusión encontramos: clase I el 47.93%. Mientras que un 40.5% presentan clase II. Y en un menor porcentaje un 11.57% se encuentra en una clase III. Mientras que en un estudio realizado en Colombia 2011en el “Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares” se encontró que la oclusión más frecuente era la clase I con una prevalencia de 49.7 %, seguida de la oclusión clase II con un 43.5 % y 6.8 % para la clase III.***(PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 2011)***. Al comparar ambos estudios encontramos coincidencias en lo que se refiere a oclusión dental.

7. **CONCLUSIONES**

En el presente trabajo investigativo se puede concluir que:

1. En el estudio realizado en la parroquia rural San Lucas del cantón Loja, los adolescentes de los centro educativos centro educativo presentaron un elevado porcentaje de caries correspondiente a 97.35%.
2. En cuanto se refiere a signos inflamatorios gingivales se determina 86.8 % de inflamación gingival, 86,8% de sangrado gingival, y recesión gingival con 33.1%.
3. Las patologías que inciden con mayor frecuencia en el presente estudio son mordida abierta anterior con 6,6%, mordida profunda con 3.3% y mordida bis a bis con 3.3%.
4. Se demostró también la prevalencia de fluorosis dental leve con un 27.81%.
5. En los estudiantes evaluados el 61.6% cepillan sus dientes tres veces al día, utilizando elementos para su higiene bucal como: cepillo y pasta dental con un 58.27%.
6. Se aprecia que toda la población en estudio presenta una técnica incorrecta de cepillado dental que corresponde al 100%
7. En el Índice de higiene oral (IHOS), los sujetos en estudio presentan un nivel muy bajo con 150 estudiantes, y muy alto con 1 estudiante.
8. En este estudio no se encontró ninguna alteración dental, ni hábitos en los estudiantes evaluados.

8. **RECOMENDACIONES**

Dentro del trabajo investigativo se puede hacer las siguientes recomendaciones:

- ✓ Impulsar una estrategia multidisciplinaria de atención primaria de salud en la comunidad, fortaleciendo las políticas de promoción de salud bucal y la preservación de los tejidos dentarios, evitando como sucede actualmente la perdida prematura de piezas dentarias.
- ✓ Fomentar el hábito de cepillado dental durante el período escolar, pues la caries y la enfermedad periodontal están íntimamente ligados con la presencia de placa bacteriana y ausencia de hábitos.
- ✓ Plantear soluciones en cuanto a la falta de equidad en la accesibilidad a las unidades de salud y recursos disponibles en zonas desprovistas de servicios de salud bucal.
- ✓ Implementar programas de educación sanitaria sobre salud bucal hacia los padres y representantes, de forma continua y teniendo como objetivos: el mejoramiento del conocimiento, la compresión de los padres sobre; alimentación, sustitución de azucares, higiene bucal e importancia del flúor y otros factores relacionados a la salud bucal.

9.**BIBLIOGRAFÍA**

1. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Segunda Edición 2005. pag. 3-21.

2. Sapp, P; Eversole. L Wysocki. G. (2005) Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Editorial Elsevier España. Segunda edición. pág. 3-21.

3. Bordoni. B; Escobar. R; Castillo M y otros.(2010) Odontología pediátrica. Las Salud Bucal de niño y del adolescente en el mundo. Editorial Médica Panamericana. Primera edición. Pág. 557.

4. Cárdenas.D.(2003) Fundamentos de odontología. Odontología Pediátrica. Corporación para investigaciones biológicas. Tercera edición. Pág. 176.

5. Harris. N; García. F. (2005). Odontología preventiva primaria. Segunda Edición Editorial Manual moderno México. Pág. 141-146.

6. Boj. J, Catalá.M. (2004). Odontopediatría. Editorial Masson S.A. primera edición 2004 capítulo 32,. Paginas367-369.

7. Lindhe,J. (2009) Periodontología clínica e implantología. Quinta edición, Tomo I editorial médica panamericana pág410.

8. Vajdi,G. (2011) Manual Ilustrado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publisher.

9. J. R. Boj; M. Catala; C. García – Balletas; A. Mendoza; *Odontopediatria*. Editorial Masson. S. A. España 2004.

10. Hernández, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana

11. Julio Barrancos Mooney; (2006). *Operatoria Dental.* Buenos Aires. 4 Edición. Editorial Panamericana. P 377 - 378.

12. Emili Cuenca y Pilar Baca; (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. 3Edición. Editorial. Masson.

13. Bertha Higashida; (2000).Odontología preventiva. Editorial. Mac Graw-HillInteramericana. p. 211- 212.

14. Juan Manuel Cobos y Juan José García; (2005). Manuel Técnico Superior en Higiene Bucodental. Editorial. Mad. S. L. p. 128 – 129.

15. Hernández, M. (2007). Epidemiología Diseños y Análisis de estudio. México: Editorial Medica Panamericana.

16. Gómez, F.; Campos A. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. México: Editorial Panamericana. Tercera Edición.

17. Obediente, E. (2007). Fonética y Fonología. Venezuela: Consejo de Publicaciones.

18. Oñate, L. (2008). Biología I. Venezuela: CengageLearning.

19. Cardenas, D. (2003). Odontología Pediátrica. Colombia: Corporación para Investigadores Biológicos, Tercera Edición.

20. Vélez, L. (2004). Ética Médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Colombia: Corporación para Investigación Biológicos. Tercera Edición.

21. Susan King Strasinger. Análisis de la Orina y de los Liquidos corporales. Editorial panamericana quinta edición 2010.

22. C. Rodriguez. F.J. Navas. Lecciones de Embriología. Editorial Universidad de Oviedo (2008).

23. B. Y S. Castro Del Pozo. Manual de Patología General. Editorial Masson. Sexta Edición. Barcelona España. Publicación 2006.

24. Luis Arturo De León Saldaña. Odontopediatria. Universidad de San Carlos de Guatemala (2009).

25. Robert A. Novelline. (2003). Fundamentos de radiología. Editorial Masson. 1° Edición.

26. María José Aguilar (2001). La Participación Comunitaria en Salud ¿Mito o Realidad?.Editorial. Díaz de Santos. P. 12.

27. Carranza / Sznajder (1996). Compendio de Periodoncia. Editorial. Medica Panamericana. 5° Edición. Capítulo 4. P. 31.

28. (V. Smith; E. Ferres, M. Montesinos, Castro. Girona. (2002). Manual de Embriología y Anatomía General. 2° Edición. P. 236.

29. Artículo: J. Peyrí. (1998). Patología Ungueal Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica; Disponible en: http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/22_Patologia_ungueal.pdf.

30. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe disponible en: http://www.wordreference.com/definicion/diagn%C3%B3stico.

31. Dental Dent. 2013. Que es un diastema. Disponible en: http://www.deltadent.es/blog/2010/04/23/que-es-el-diastema-dental-clinica-dental-en-madrid-deltadent/.

32. Fundación nacional para las Displasias ectodérmicas. Guía familiar para las displasias ectodérmicas. 1998. Disponible en: http://www.displasiaectodermica.org/pdfs/gfnfed.pdf.

33. Organización Mundial de la Salud. 2013. Enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

34. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe disponible en: http://www.wordreference.com/definicion/enfermedad.

35. The free dictionary, 2013. Esclerótica. Disponible en: http://es.thefreedictionary.com/escler%C3%B3tica.

36. Diccionario de la Lengua Española, 2005 Espasa – Calpe, disponible en: http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad.

37. Definición De. 2008 – 2013 copyright. Disponible en: http://definicion.de/inmunidad/.

38. The free dictionary, 2013. Estanciero. Disponible en: http://es.thefreedictionary.com/estanciero.

39. Constanza Mercedes. Feb (2001). Esmalte.(86 diapositivas preparadas por Constanza Mercedes). Disponible en: http://www.slideshare.net/constanzamercedes/esmalte-cons.

40. Instituto Nacional de Estadística.- (Madrid, 2013). Disponible en :
    a. www.ine.es/indicadores.demograficos/.

41. Peter Parham. Inmunología. Editorial medica Panamericana Amazon.com. (2005) Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=IX3Sqib_1ooC&pg=PA437&dq=inmunosupresor&hl=es419&sa=X&ei=dOpvUomYHtjd4APb_oD4Dg&ved=0CEwQ6AEwBzgK#v=onepage&q=inmunosupr.

42. Diccionario Babylon (2013). Disponible en: http://diccionario.babylon.com/isquemia/.

43. Grupo peralvillo (2013). Disponible en: http://es.scribd.com/doc/21514181/Modelo-de-atencion-integral-de-salud-MAIS.

44. Onsalus.Diccionario (2013) Médico. Disponible en: http://www.onsalus.com/diccionario/anticonvulsivante/1499

45. ScientificCommittees (2010). Diccionario Médico. Dismponible en: http://ec.europa.eu/health/opinions/es/biocidas-resistencia-antibioticos/glosario/abc/biofilm.htm

46. Enciclopedia libre Universal en Español 2011.Calidad de vida. Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

47. Montesinos Daniela. Resumen capítulo 1 libro "Dental Caries"/Portafolio No.3 CICB2011.05/12/2011. Disponible en: https://sites.google.com/site/portafolio3cicb2011/3-resumen-capitulo-1-libro-dental-caries

48. Guzmán F. y Arias A. La historia Clínica: elemento fundamental del acto médico. Articulo especial. Colombia 2012. Disponible en:http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2012/6-%20Historia%20clinica.pdf

49. Hidalgo E. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. Revista Cubana de Estomatología. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100004&script=sci_arttext

50. Revista ADM. Asociación dental Mexicana. Piezas con fluorosis dental (1997). Volumen IV. Pég.220 Disponible en: http://books.google.es/books?id=WzaaAAAAIAAJ&pg=PA186&dq=Revista+ADM.+Asociaci%C3%B3n+dental+Mexicana.+Volumen+IV,+Agosto&hl=en&sa=X&ei=MWFsUoC6H9TJkAe60IHQAQ&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage&q=Revista%20ADM.%20Asociaci%C3%B3n%20dental%20Mexicana.%20Volumen%20IV%2C%20Agosto&f=false

51. Azpeitia.L; Valadez. M. (2009) Factores de riesgo para fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093f.pdf

52. Flavio Vellini, Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. (2009). (en línea).Sao Paulo.Artes Medicas. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp

53. Rosa MariaMassón, Desarrollo de los dientes y la Oclusión. (en línea).Disponible en: http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf.

54. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. (2004-2005). Caracas Venezuela Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp.

55. González, G. y Marrero L. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art19.asp.

56. Aparecido, O. (2011). Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. Acta Odontológica Venezolana, 49 (13). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/1/art12.asp.

57. González, M., Gianfranco, G., Herrera, D., Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp.

58. Lugo, C., Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de

Ortodoncia y Odontopediatría, disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp.

59. Agurto. P. Díaz, R. Cádiz, O. Bobenrieth, F. (1999). Frecuencia de Malos Hábitos Orales y su Asociación con el Desarrollo de Anomalías Dentomaxilares en Niños de 3 a 6 Años del Área Oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatria, Disponible en: http://www.scielo.cl/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0370-41061999000600004&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=EN

60. Juan Pablo Villa Barragán; Diagnóstico de Servicio de Salud. (24 diapositivas preparadas por Juan Pablo Villa). 2012 Abril 15. Obtenible en:http://www.pediatria.gob.mx/diplo_diagsit.pdf.

61. NumanMaldonado.Plan Participativo de Fortalecimiento de la Democracia y Desarrollo del Cantón Loja. 2005 Marzo. Disponible en: *www.loja.gob.ec/files/docman/diagnostico.pdf*.

62. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Loja. Detalles de la parroquias rurales y urbanas del Cantón Loja. 2013. Disponible en: http://www.loja.gob.ec.

63. Mercedes Torres. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Cantón Loja. 2011. Disponible en: www.**loja**.gob.ec/files/docman/indice.pdf.

64. Jhon Ortega; Santiago Silva y Silvana Boroja. Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. 2011 Disponible en: http://www.vilcabamba.gob.ec/index.php/pdot.

65. Manuel Rodríguez Rodríguez .Estudio epidemiológico de salud bucal en la población de 12 años del área VIII de salud de Cienfuegos.2007 http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/273

66. Diagnostico nacional de salud Bucal del adolescente de 12 años y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 200-2010).chile 2007. Ediciones Universidad Mayor.

http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7f2e0f67ebbc1bc0e04001011e016f58.pdf

67. Salud Dental para Todos 2013 http://www.sdpt.net/ID/cpodcposceod.htm

68. Dr. Reinaldo Zambrano. Índice Epidemiológico.Facultad de Odontología.Universidad 2002 de los Andes://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&sqi=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwebdelprofesor.ula.ve%2Fodontologia%2F

69. Índice de higiene Bucal e Índices periodontales. 2007

http://www.radiodent.cl/epidemiologia/indice_de_higiene_y_periodontales.pdf

10. **ANEXOS**

ANEXO 1. ENCUESTA

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"N° de hoja: .....
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: ____/____/____
Parroquia:.....
Nombre de la institución:.....
Nombre del Alumno:.....
Género: F ( ) M ( )

Edad del Alumno (a):.....
Año de educación: .....

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

- **¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?**

Nunca ( )
Una vez ( )
Dos veces ( )
Tres veces ( )
Más de tres veces ( )

- **¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?**

Cepillo ( )
Pasta dental ( )
Hilo dental ( )
Enjuague bucal ( )

- **¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?**

Correcto ( ) Incorrecto ( )

- **Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?**

Si () No ( )

- **¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?**

Nunca ( )
Una vez al año ( )
Dos veces al año ( )
Más de dos veces al año ( )

3. **¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, colas) con que frecuencia consume en un día?**

Nunca ( )
Una vez ( )
Dos veces ( )
Tres veces ( )
Más de tres veces ( )

Validación de [illegible] Especialista TannyaValarezo
COORDINADOR[illegible] CARRERA DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
1859
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN

ANEXO 2: HISTORIA CLÍNICA

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos.....
Sexo.....
Edad.....

Parroquia.....
Grado o curso.....
Establecimiento.....

PATOLOGÍAS

1. **CARIES** Si ( ) No ()

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES
Alteraciones de número ( )
Alteraciones de forma ( )
Alteraciones de estructura ( )

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si ( ) No ( )
Recesión gingival Si ( ) No ( )
Sangrado Si ( ) No ( )

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

- Escalón mesial ( )
- Plano terminal recto ( )
- Escalón distal ( )

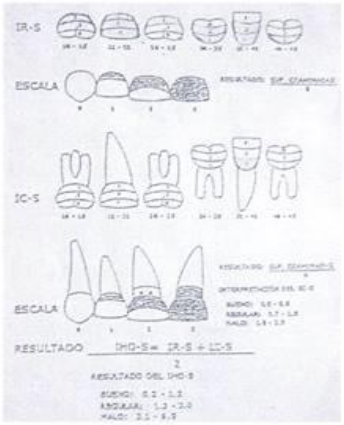
Dentición permanente

Clase I ( )	Con apiñamiento ( ) Sin apiñamiento ( )
Clase II ( )	Subdivisión I ( ) Subdivisión II ( )
Clase III ( )	

4. **FLUOROSIS DENTAL**
Sin fluorosis ( )
Leve ( )
Moderada ( )
Severa ( )

ALTERADA ( )

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S



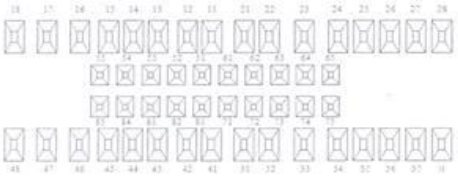
5. HÁBITOS

Ninguno ( )
Succión digital ( )
Respiración bucal ( )
Deglución atípica( )
Interposición lingual ( )

6. PATOLOGÍAS

Ninguna ( )
Pérdida prematura de dentición decidua ( )
Mordida abierta anterior( )
Mordida abierta posterior ( )
Mordida profunda( )
Mordida cruzada anterior ( )
Mordida cruzada posterior ( )
Mordida bis a bis

ODONTOGRAMA



Ceo: .....c.....e.....o...
CPOD: C.....P.....O.....D.....

Validación de la Historia Clínica por la Especialista TannyaValarezo
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: Jonathan Fabricio Medina
Sexo: M
Edad: 16 años

Parroquia: San Lucas
Grado o curso: 10mo
Establecimiento: Madre Laura Montero

PATOLOGÍAS

1. **CARIES** Si (X) No ( )

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES
Alteraciones de número ( )
Alteraciones de forma ( )
Alteraciones de estructura ( )

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si (X) No ( )
Recesión gingival Si ( ) No (X)
Sangrado Si (X) No ( )

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal
- Escalón mesial ( )
- Plano terminal recto ( )
- Escalón distal ( )

ALTERADA ( )

Dentición permanente

Clase I	(X)	Con apiñamiento	( )
		Sin apiñamiento	(X)
Clase II	( )	Subdivisión I	( )
		Subdivisión II	( )
Clase III	( )		

4. FLUOROSIS DENTAL
Sin fluorosis ( )
Leve (X)
Moderada ( )
Severa ( )

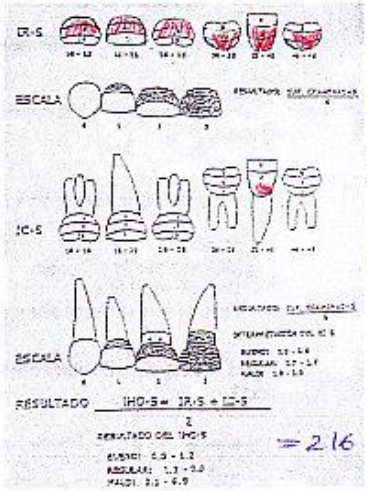
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. HÁBITOS

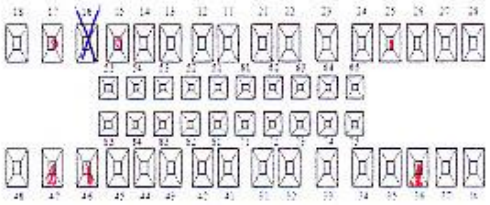
Ninguno ( )
Succión digital ( )
Respiración bucal ( )
Deglución atípica ( )
Interposición lingual ( )

Ninguna (X)
Pérdida prematura de dentición decidua ( )
Mordida abierta anterior ( )
Mordida abierta posterior ( )
Mordida profunda ( )
Mordida cruzada anterior ( )
Mordida cruzada posterior ( )
Mordida bis a bis

6. PATOLOGÍAS



ODONTOGRAMA



Ceo: .....c.....e.....o...
CPOD: C....6.....P.....O.....D...7/14
= 0.09 Muy Bajo

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DATOS GENERALES:
Nombres y Apellidos..Angel Geovanny Guillas
Sexo...Masculino.....
Edad.....15.....

Parroquia.....San Lucas.....
Grado o curso.....1ro. de Bachillerato.....
Establecimiento.....Unidad Rural.....

PATOLOGÍAS

1. **CARIES** Si (X) No ( )

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES
Alteraciones de número ( )
Alteraciones de forma ( )
Alteraciones de estructura ( )

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si (X) No ( )
Recesión gingival Si ( ) No (X)
Sangrado Si (X) No ( )

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal
- Escalón mesial ( )
- Plano terminal recto ( )
- Escalón distal ( )

ALTERADA ( )

Dentición permanente

Clase I	(X)	Con apiñamiento	(X)
		Sin apiñamiento	( )
Clase II	( )	Subdivisión I	( )
		Subdivisión II	( )
Clase III	( )		

4. FLUOROSIS DENTAL
Sin fluorosis (X)
Leve ( )
Moderada ( )
Severa ( )

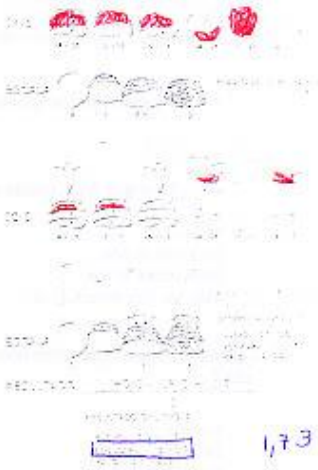
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. HÁBITOS

Ninguno ( )
Succión digital ( )
Respiración bucal ( )
Deglución atípica ( )
Interposición lingual ( )

Ninguna (X)
Pérdida prematura de dentición decidua ( )
Mordida abierta anterior ( )
Mordida abierta posterior ( )
Mordida profunda ( )
Mordida cruzada anterior ( )
Mordida cruzada posterior ( )
Mordida bis a bis

6. PATOLOGÍAS



ODONTOGRAMA

Ceo: .....c.....e.....o...
CPOD: C....6....P....0....O....0....D....6...

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: Mariana Curaá M
Sexo: F
Edad: 33

Parroquia: San Lucas
Grado o curso: 2 do Bachillerato
Establecimiento: Mons. Luis A. Martínez

PATOLOGÍAS

1. **CARIES** Si (X) No ( )

OTRAS PATOLOGÍAS DENTALES
Alteraciones de número ( )
Alteraciones de forma ( )
Alteraciones de estructura ( )

2. **INFLAMACIÓN GINGIVAL** Si (X) No ( )
Recesión gingival Si ( ) No (X)
Sangrado Si (X) No ( )

3. **MALOCLUSIÓN**

Dentición temporal

- Escalón mesial ( )
- Plano terminal recto ( )
- Escalón distal ( )

ALTERADA (X)

Dentición permanente

Clase I	( )	Con apiñamiento	( )
		Sin apiñamiento	( )
Clase II	( )	Subdivisión I	( )
		Subdivisión II	( )
Clase III	( )		

4. FLUOROSIS DENTAL
Sin fluorosis (X)
Leve ( )
Moderada ( )
Severa ( )

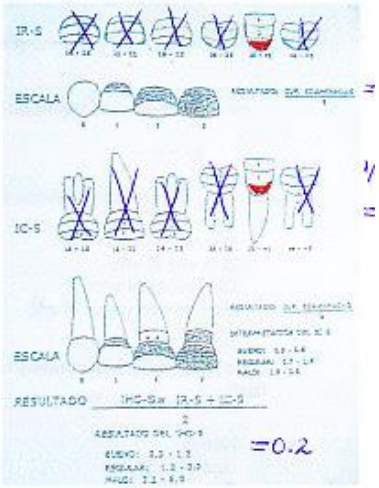
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

5. HÁBITOS

Ninguno ( )
Succión digital ( )
Respiración bucal ( )
Deglución atípica ( )
Interposición lingual ( )

Ninguna (X)
Pérdida prematura de dentición decidua ( )
Mordida abierta anterior ( )
Mordida abierta posterior ( )
Mordida profunda ( )
Mordida cruzada anterior ( )
Mordida cruzada posterior ( )
Mordida bis a bis

6. PATOLOGÍAS



ODONTOGRAMA

Ceo: c e 0
CPOD: C 3 P 8 O D 11/19
=0.5 Muy Bajo

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PRE-GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

N° de hoja: .....

"DIAGNÓSTICO DE SALUD BUCODENTAL Y FACTORES DE RIESGO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN LOJA, AÑO 2013"

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha: 12 / 10 / 2013
Parroquia: SAN LUCAS
Nombre de la institución: MADRE LAURA MONTOYA
Nombre del Alumno: MARIANA CHALAN
Género: F ( ) M ( )

Edad del Alumno (a): 33
Año de educación: 2do BACHILLERATO

2. INFORMACIÓN SOBRE HIGIENE ORAL

- ¿Con qué frecuencia cepilla Ud. sus dientes al día?

Nunca ( )
Una vez ( )
Dos veces ( )
Tres veces (X)
Más de tres veces ( )

- ¿Qué elementos Ud. usa en su aseo bucal?

Cepillo (X)
Pasta dental (X)
Hilo dental ( )
Enjuague bucal ( )

- ¿Cuál es la técnica de cepillado que Ud. Utiliza?

Correcto ( ) Incorrecto (X)

- Al cepillarse los dientes hay presencia de sangrado?

Si ( ) No (X)

- ¿Con qué frecuencia usted visita al odontólogo?

Nunca ( )
Una vez al año (X)
Dos veces al año ( )
Más de dos veces al año ( )

3. ¿De los siguientes alimentos (golosinas, frituras, galletas, colas) con que frecuencia consume en un día?

Nunca ( )
Una vez ( )
Dos veces ( )
Tres veces ( )
Más de tres veces (X)

ANEXO 3: GLOSARIO

1. **ANTICONVULCIONANTES.-** Relativo a una sustancia o procedimiento que previene o reduce la intensidad de las convulsiones epilépticas o de otros fenómenos convulsivos. *(ONSALUS 2013)*

2. **AMELOBLASTOS.-**Célula epitelial a partir de la cual se forma el esmalte de los dientes *(ONSALUS 2013)*

3. **AUTOSÓMICO.-**Relativo a toda circunstancia que se transmite a través de un autosoma. *(ONSALUS 2013)*

4. **BIOFILM.** Un biofilm es una estructura colectiva de microorganismos que se adhiere a superficies vivas o inertes y está revestida por una capa protectora segregada por los propios microorganismos. Las bacterias que viven como un biofilm son capaces de resistir a los biocidas y a los antibióticos de un modo más eficaz que aquellas que viven como organismos libres, y soportan dosis considerablemente mayores de productos antimicrobianos. *(ScientificCommittees 2010)*

5. **CALIDAD DE VIDA**.- La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores *(Enciclopedia libre Universal en Español 2011)*

6. **CONGÉNITA.-**Lo hereditario es lo transmitido por las células sexuales y lo congénito es lo que está presente en el momento del nacimiento. Existen anomalías heredadas por transmisión genética y anomalías congénitas que se manifiestan en el momento del nacimiento. No todas las anomalías congénitas son de transmisión genética, y no todas las alteraciones heredadas se manifiestan en el momento del nacimiento. Las lesiones que

padece el feto por una rubeola materna son alteraciones congénitas no hereditarias. La corea de Huntington es una afección hereditaria que no se presenta hasta mucho después del nacimiento. Entre las alteraciones congénitas las hay de origen ambiental como la rubéola, de origen genético como las mutaciones genéticas y las alteraciones cromosómicas, y de origen mixto, en las que pueden jugar un papel ambos factores *(Monedero C 1982)*

7. **CUANTITATIVO.-** tipo de estudio que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. *(Mauricio Hernández 2007)*

8. **DIAGNÓSTICO.-** Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos. *(Diccionario de la Lengua española, 2005)*

9. **DIASTEMA.-** Espacio que se da entre los dientes, por lo general en los dos incisivos superiores. *(Dental Dent, 2013)*

10. **DISPLASIA ECTODÉRMICA.-** Es una alteración en la cual existen anormalidades de dos o más estructuras ectodérmicas y que es causada por factores genéticos. *(Fundación nacional para las Displasias ectodérmicas. 1998)*

11. **ENFERMEDAD.-** Alteración de la salud. *(Diccionario de la Lengua española, 2005)*

12. **ENFERMEDAD CRÓNICA.-** Enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. *(Organización Mundial de la Salud. 2013)*

13. **ESCLERÓTICA.-** Membrana blanca, gruesa, resistente y opaca que constituye la capa exterior del globo del ojo. (The free dictionary, 2013)

14. **ESCOLARIDAD.-** Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes*. (Diccionario de la Lengua española, 2005)*

15. **ESTADO INMUNITARIO.-**Es el conjunto de estructuras y procesos biológicos de un organismo que supone una protección contra las enfermedades, ya que logra identificar y eliminar las células patógenas.

16. **ESTANCIERO.-** Persona que posee un establecimiento rural. *(The free dictionary, 2013)*

17. **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO**: Es el estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones humana. Y la aplicación de los resultados en beneficio de ellas. *(Mauricio Hernández 2007)*

18. **FLUIDO CREVICULAR**: Se trata de un líquido formado por plasma extravasado y componentes fluidos de naturaleza extracelular. El fluido crevicular fluye normalmente en el surco y ejerce un efecto de limpieza y protección a dicho nivel. *(Gómez F, Campos A. 2009)*

19. **FONOARTICULACIÓN**: Es la emisión de sonidos del lenguaje por un conjunto de mecanismos fisiológicos y neurofisiológicos. *(Obediente Enrique 2007)*

20. **GRUPO DE RIESGO**: son los grupos que tienen una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad o de morir como consecuencia de ella. (Mauricio Hernández 2007)

21. **HIPERTONICO**: es el sitio que contiene mayor concentración de soluto. *(Oñate L. 2008)*

22. **HIPOTÓNICO**: es el sitio que contiene menor concentración de soluto. *(Oñate L. 2008)*

23. **HIPOMINERALIZACIÓN**: se da cuando el flúor interactúa con los tejidos durante la mineralización, dando un incremento de la porosidad, apariencia opaca de la subsuperficie del esmalte. *(Cardenas Darío 2003)*

24. **IATROGÉNIA:**es la acción adversa o perjudicial que resulta directa o indirectamente de la actividad, tanto terapéutica como diagnóstica del equipo de salud. *(Velez Luis 2004).*

25. **ÍNDICE DEMOGRÁFICO:** Los índices demográficos se suelen referir a las cohortes, el conjunto de personas nacidas en un período determinado. Una forma muy habitual de representar gráficamente el tamaño de diferentes cohortes en un momento determinado es la pirámide de población. El análisis longitudinal de cohortes y las comparaciones entre cohortes son también muy ilustrativas de la dinámica de población. *(Instituto Nacional de Estadística.- Madrid, 2013)*

ÍNDICE CPO-D: El Índice CPO-D considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que es su registro se incluyen datos sobre: las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas), las piezas dentarias extraídas - perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas), las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas) (Klein, Palmer y Knutson). *(LUIS ARTURO DE LEÓN SALDAÑA2009).*

26. **INMUNOSUPRESOR:** Consiste en productos microbianos que inhiben las vías de señalización de la activación de las células T. *(PETER PARHAM 2005)*

27. **ISQUÉMICO**. Proceso por el que se interrumpe la circulación sanguínea en algún sector o sectores de la red de vasos arteriales del organismo. La interrupción puede afectar a vasos de las extremidades, tubo digestivo, corazón, cerebro, dando lugar a síntomas variados según cada caso, pero que tienen en común cambios cualitativos y alteraciones en el funcionalismo del sector afectado *(DICCIONARIO BABYLON 2013)*

28. **MAIS.** Modelo de atención integral de la Salud. Es la forma y los contenidos de la atención en salud que una sociedad la utiliza para la entrega de la atención incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas.*(GRUPO PERALVILLO 2013)*

29. **MESODERMO.** Es la hoja embrionaria media, que se diferencia para constituir, el crecimiento fijación y movilidad visceral, y contribuye a la formación de órganos como el bazo, corteza suprarrenal, gónada, corazón y genitales. *(C. RODRIGUEZ. F.J. NAVAS. 2008)*

30. **OPALESCENTE:** Turbio- lechoso, nebuloso. *(SUSAN KING STRASINGER 2010)*

31. **OSTEOGENESIS IMPERFECTA:** La osteogénesis u osteogenia imperfecta (OI) es una enfermedad congénita, lo que quiere decir que está presente al nacer. Con frecuencia es causada por un defecto en un gen que produce el colágeno tipo 1, un pilar fundamental del hueso. Existen muchos defectos diferentes que pueden afectar este gen y la gravedad de esta enfermedad

depende del defecto específico de dicho gen. La osteogénesis imperfecta es una enfermedad autosómica dominante, lo que quiere decir que usted la padecerá si tiene una copia del gen. La mayoría de los casos de OI se heredan de uno de los padres, aunque algunos casos son el resultado de nuevas mutaciones genéticas. *(MEDLINE PLUS 2011)*

32. **PARROQUIA.** Territorio que está bajo la jurisdicción de una determinada iglesia. División política territorial de menor rango (tercer nivel). *(WORDKEREFERENCE.COM 2013)*

33. **PATOLOGIA.** Es la ciencia que se encarga del estudio de las enfermedades. Se ocupa de la causa de la enfermedad de la forma como se interpreta la causalidad en la ciencia, es decir relación causa efecto. *(B. Y S. CASTRO DEL POZO 2006)*

34. **PLACA BACTERIANA:** Es una película incolora, que se adhiere al diente, restauraciones, implantes, esta compuestas por diversas bacterias y células descamadas, leucocitos y macrófagos, dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos *(Carranza. 1996).*

35. **PRIMORDIO DENTAL:** Llamado también yema dentaria es aquella que ayuda a la formación de la encía, dejando una muesca en el mesodermo la cual se transformara en la cresta alveolar o lugar de la implantación de las apófisis alveolares *(V. Smith; E. Ferres, M. Montesinos).*

36. **PRISMAS DEL ESMALTE:** Son estructuras longitudinales que se dirigen desde la conexión amelodentinaria hasta la superficie del esmalte, su diámetro es menor en su punto de origen aumentando gradualmente hasta llegar a la superficie.

37. **RADIODENSIDAD:**se refiere a la apariencia blanca opaca de materiales relativamente densos o sustancias en los estudios de imágenes radiográficas, en comparación con la aparición relativamente más oscura de materiales menos densos.

38. **RURAL:** proviene del latín *rurālis*, que tiene por objetivo hacer referencia a lo perteneciente o relativo a la vida del campo .

39. **SALUD:** Es la ausencia de enfermedad e invalidez, con buen estado de salud tanto físico mental y social.

40. **PROGNATISMO:**Es el crecimiento excesivo y desproporcionado del maxilar inferior debido a traumas o a un atavismo, origina la enfermedad conocida como PROGNATISMO, que se traduce en un severo problema que afecta al paciente en lo físico, en lo estético y en lo psicológico. Produce una masticación anormal de los alimentos, que influye en una nutrición inadecuada de estas personas, que son por lo común introvertidas, con complejos de inferioridad, inadaptados sociales y que presentan generalmente problemas con el habla.

41. **SILVICULTURA**: es la ciencia destinada a la formación y cultivo de bosques, las cosechas se obtienen después de esperar decenas de años, dependiendo de la especie que se trate.*(Revista ALM 2004).*

42. **SÍNDROME DE KLINEFELTER**: anomalía cromosómica que afecta solamente a los hombres y ocasiona hipogonadismo, principalmente se considera benigna pero con una condición premaligna con una separación incorrecta de los cromosomas homólogos. *(Satish K.2004).*

43. **SÍNDROME DE DOWN:** Es un trastorno genético en el cual una persona tiene 47 cromosomas en lugar de los 46 usuales, ocurre cuando hay una copia extra del cromosoma 21. Esta forma de síndrome de Down se denomina trisomía 21. El cromosoma extra causa problemas con la forma como se desarrolla el cuerpo y el cerebro. *(Revista Medline plus.2012).*

44. **TOXINAS:** Son sustancias venenosas o tóxicas para los seres humanos La mayoría de las toxinas que causan problemas en humanos son secretadas por microorganismos como bacterias. *(Revista Medline plus 2012).*

45. **TRANSVERSAL:** Son estudios de grupo de variables que se relacionan entre sí en un momento dado. *(Hernández R.2010)*

46. **UNGUEAL:**es una estructura queratinizante anexa de la piel localizada en las regiones distales de los miembros. *(J. Peyrí. 1998)*

47. **VARIABLE:** factor o característica que puede variar en un determinado grupo de individuos o hechos, especialmente cuando se analizan para una investigación o un experimento. . (Diccionario de la Lengua española, 2001)

48. **URBANO:** es el adjetivo para designar a lo perteneciente o relativo a la ciudad, pertenecienete a un lugar. *(Diccionario de la Lengua española, 2001)*

49. **CPOD:** índice CEOD es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados*(Salud Dental para todos 2013)*

50. **Ceo:** Describe numéricamente los resultados del ataque (pasado y presente) de las caries en la dentadura temporaria. El índice muestra por separado el antecedente histórico del proceso carioso (componente: obturado) y la situación actual de las lesiones cariosas en cada individuo (componente: caries y extracción indicada). *(Reinaldo Zambrano 2002)*

51. HIOS: Consta de

-Índices de depósitos blandos → restos de alimentos, pigmentos. → Placa Bacteriana.

-Índices de depósitos duros → miden el tártaro y sarro (si hay aumento significa que hay mala higiene y que no ha habido control odontológico Últimamente). *(Índice de Higiene Bucal 2007).*

ANEXO 5: FOTOS

FOTO 1: COLEGIO “MUSHUK RIMAK”

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

FOTO 2: COLEGIO “EXT. MADRE LAURA MONTOYA”

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa”MushukRimak” y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. “Madre Laura Montoya”

FOTO 3: ESTUDIANTES CONTESTANDO LAS ENCUESTAS.

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 4:ESTUDIANTES CONTESTANDO LAS ENCUESTAS.

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 5: ESTUDIANTES CONTESTANDO LAS ENCUESTAS.

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

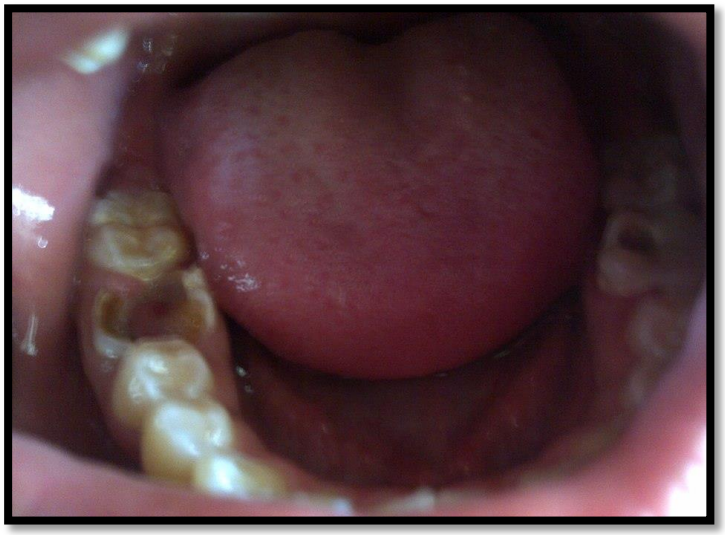
FOTO 6: ESTUDIANTES CONTESTANDO LAS ENCUESTAS.

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 7: REALIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 8: CARIES DENTAL



Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 9: FLUOROSIS DENTAL MODERADA

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 10: FLUOROSIS DENTAL MODERADA

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 11: FLUOROSIS DENTAL MODERADA

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 12:FLUOROSIS DENTAL MODERADA

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 13: INFLAMACIÓN GINGIVAL

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya

FOTO 14: INFLAMACIÓN GINGIVAL

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 15 INFLAMACIÓN GINGIVAL

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 16 INFLAMACIÓN GINGIVAL

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 17: CHARLAS SOBRE HIGIENE BUCAL

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 18: ENTREGA DE CEPILLOS Y PASTAS DENTALES

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 19ENTREGA DE CEPILLOS Y PASTAS DENTALES

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

FOTO 20 ENTREGA DE CEPILLOS Y PASTAS DENTALES

Fuente: Estudiantes de la unidad Educativa"MushukRimak" y la Unidad Educativa a Distancia de Loja ext. "Madre Laura Montoya"

ANEXO 5. CERTIFICADOS

Loja, 7 de Octubre del 2013

Sra. SEMPERTEGUI ALVAREZ ANA JUDITH
RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXT MADRE LAURA MONTOYA

De mis consideraciones:

Permítame hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez desearle éxitos en sus funciones, que tan acertadamente desempeña.

Dra. TannyaValarezo, coordinadora de la carrera de Odontologia, me dirijo a usted para solicitar, la autorización correspondiente a: Leticia Paola Ramos con cedula 1104381007 (egresado de la carrera de Odontología), para que realice diagnósticos bucales a cada uno de los estudiantes del centro educativo. La información obtenida servirá para que el investigador realice su tesis de grado a través de la realización del macroproyecto: "**Diagnostico de Salud Bucal y Factores de Riesgo en los Centros educativos Primarios y Secundarios de las Parroquias Rurales del Cantón Loja, año 2013.**"

Además por la colaboración prestada se les entregara a cada uno de los estudiantes implementos de higiene oral.

Por la favorable acogida, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Dra. Tannya Valarezo
Coordinadora de la carrera deodontologia

Leticia Paola Ramos V.

EGRESADO

UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXTENCIÓN MADRE LAURA MONTOYA

Las Juntas-Loja-Ecuador

22 de octubre de 2013.

CERTIFICACIÓN

DRA SEMPÉRTEGUI ÁLVAREZ ANA JUDITH, MS, RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA A DISTANCIA DE LOJA EXTENCIÓN MADRE LAURA MONTOYA DE LAS JUNTAS DEL CANTÓN Y PROVINCIA DE LOJA, a petición de parte interesada legalmente.

CERTIFICO

Que Leticia Paola Ramos Vicente, con cédula número 1104381007, realizó un diagnóstico bucodental a cada uno de los estudiantes de la Institución Educativa, laborando los días 12 y 19 del presente mes, en el horario de 9h00 a 13h00.

Además realizó la entrega de implementos de higiene bucal a cada uno de los estudiantes de este Establecimiento Educativo

Certificado que emito para los fines pertinentes.

SEMPÉRTEGUI ÁLVAREZ ANA JUDITH

RECTORA

12. ÍNDICE

CERTIFICACIÓN……..……...ii
AUTORÍA……iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS……..….iv
DEDICATORIA……...v
AGRADECIMIENTOS……vi
1. TEMA……..vii
2. RESUMEN……viii
ABSTRACT……ix

3. INTRODUCCIÓN……...……...……...….1
4. REVISIÓN DEL LITERATURA……3

CAPITULO I……...…….……3

4. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL CANTÓN LOJA……...……..3

4.1 Definición de Diagnóstico de salud……...3

4.2 Niveles de diagnósticos……3

4.3 CANTÓN LOJA……...3

4.3.1 Historia……...3

4.3.2 Geografía……...……4

4.3.2.1 Limites…….…..4

4.3.2.2 Clima……...4

4.3.3 División Política……4

4.3.4 Actividades Productivas y Económicas……..…..4

4.3.5 Servicios Básicos…….……5

4.3.6 Educación…….….5

4.3.7 Vialidad…….….5

4.4 DESCRIPCION DE LA PARROQUIA RURAL DE SAN LUCAS………5

4.4.1 Historia…….……..6

4.4.2 Geografía…….……..6

4.4.3 Actividades Productivas y Económicas……..……..6

4.4.4 Servicios Básicos……..……..7

4.4.5 Educación…….…...7

4.4.6 Vialidad……..……8

CAPITULO II…….……9

4.5 RIESGO……..…..9

4.6 FACTORES DE RIESGO…….…..9

4.7 FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA SALUD – ENFERMEDAD BUCODENTAL……9

4.7.1 Factores de Riesgo Locales……9

4.7.1.1 Hábito de Higiene Bucal……9

4.7.1.2 Cepillado……..10

4.7.1.3 Técnica de Cepillado……..10

4.7.1.4 Frecuencia y Duración del Cepillado……...10

4.7.2 Factores de Riesgo Generales……11

CAPITULO III……...12

4.8 SALUD ORAL……12

4.8.1 Concepto de Salud Oral……12

4.9 Historia Clínica……...12

4.10 PATOLOGÍAS……12

4.10.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS……..12

4.10.1.1 Caries Dental…….12

4.10.1.2 Factores de Riesgo de la Caries Dental…….……..13

4.10.2 Alteraciones de Forma…….…...13

4.10.2.1 Taurodontismo…….….13

4.10.2.2 Diente Invaginado……14

4.10.2.3 Cúspides Supernumerarias……14

4.10.2.4 Diente Evaginado…….……15

4.10.2.5 Cúspide en Garra…….15

4.10.2.6 Geminación…….…..16

4.10.2.7 Odontodisplasia Regional…….…..16

4.10.2.8 Fluorosis dental…….…17

4.10.2.9 Grados clínicos de la fluorosis dental……...17

4.10.2.10 Factores de riesgo de fluorosis……18

4.11 LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS……18

4.11.1 ENFERMEDADES GINGIVALES…….18

4.11.1.1 Enfermedad Gingival Inducida Únicamente por placa……18

4.11.1.2 Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediada por hormonas esteroides)……..18

4.11.1.3 Enfermedad gingival inducida por fármacos……19

4.12 MALOCLUSION……..19

4.12.1 Dentición Temporal……..19

4.12.2 Dentición Permanente……20

4.12.3 Tipo de Denticiones…….22

4.12.3.1 Dentición Temporal…….……22

4.12.3.2 Dentición Mixta……..22

4.12.3.3 Dentición Permanente……..……...23

4.12.4 Pérdida Prematura de Dentición Decidua……..…….23

4.12.4.1 Pérdida Prematura……23

4.12.4.2 Pérdida Temprana……23

4.12.5 Causas de la Pérdida Prematura de Dientes…….. ……...24

4.12.6 Tipos de Mordidas……24

4.12.6.1 Mordida Abierta……24

4.12.6.2 Mordida Profunda…….…25

4.12.6.3 Mordida Cruzada Anterior……...25

4.12.6.4 Mordida Cruzada Posterior……26

4.12.6.5 Mordida Bis a Bis……26

4.13 HÁBITOS……..26

4.13.1 Succión digital……..27

4.13.2 Respiración bucal……27

4.13.3 Deglución atípica……..28

4.13.4 Interposición lingual……29

5. **MATERIALES Y MÉTODOS**……...…30

5.1 Operacionalización de las variables……...33

6. RESULTADOS……34

7. DISCUSIÓN……..35

8. CONCLUSIONES……58

9. RECOMENDACIONES……..59

10. BIBLIOGRAFÍA……60

11. ANEXOS……..……...68

ANEXO N° 1: Encuesta……..69

ANEXO N° 2:Historia Clínica ……...70

ANEXO N° 3: Glosario……74

ANEXO N° 4: Fotos…….....83

ANEXO N° 5: Certificados……..93

12.ÍNDICE…….……...95

INDICE DE GRÁFICAS

Grafica N° 1. Muestra por sexo……..……..…..34

Grafica N° 2. Muestra por edad ……...35

Grafica N° 3. Frecuencia de caries dental……..……...36

Grafica N° 4. Alteraciones dentales. ……...37

Grafica N° 5. Alteraciones gingivales……..……...……38

Grafica N° 6. Maloclusiones dentición permanente…….…….……39

Grafica N° 7. Fluorosis Dental……..40

Grafica N° 8. Hábitos Bucales……..41

Grafica N° 9. Patologías Oclusales…….…42

Grafica N° 10. Cariados, Extraídos y Obturados (ceo). Odontograma……..43

Grafica N° 11. Cariados, Perdidos y Obturado por diente (POD). Odontograma……..……..44

Grafica N° 12: Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)…….45

Grafica N° 13. Frecuencia de cepillado……..…….46

Grafica N° 14. Elementos Usados para el Aseo Bucal…….47

Grafica N° 15. Técnica de cepillado…… 48

Grafica N° 16. Frecuencia de visita al odontólogo…….…49

Grafica N° 17. Frecuencia de consumo de Alimentos Cariogénicos……..50

Gráfica N° 18: Relación Edad – Caries Detal – Inflamación Gingival……51

Gráfica N° 19: Relación Técnica de cepillado con el Índice de Higiene Oral (IHOS)…….. ……52

Gráfica N° 20: Relación Índice de Cariados Extraídos y Obturados (ceo) – EDAD…….53

Gráfica N° 21: Relación Índice de Cariados Perdidos y Obturados por diente (CPOD) - EDAD……..…….54

Gráfica N° 22: Relación Frecuencia de Cepillado con Signos Inflamatorios**.**…….55

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

FOTO N° 1: ColegioMushukRimak. ……..……83

FOTO N° 2 Colegio Ext. Madre Laura Montoya…….....83

FOTO 3: Estudiantes contestando las encuestas……..84

FOTO 4: Estudiantes contestando las encuestas……...84

FOTO 5: Estudiantes contestando las encuestas……...85

FOTO 6: Estudiantes contestando las encuestas……..85

FOTO 7: Realización de diagnósticos……..86

FOTO 8: Caries dental……86

FOTO 9: Fluorosis dental……87

FOTO 10: Fluorosis dental……87

FOTO 11: Fluorosis dental……..88

FOTO 12: Fluorosis dental……88

FOTO 13: Inflamación gingival……..89

FOTO 14: Inflamación gingival……..89

FOTO 15: Inflamación gingival……..90

FOTO 16: Inflamación gingival……..90

FOTO 17: Charlas sobre higiene bucal……91

FOTO 18: Entrega de cepillos y pastas dentales……...91

FOTO 19: Entrega de cepillos y pastas dentales……...92

FOTO 20: Entrega de cepillos y pastas dentales……...92